 **Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche**

République du Mali

 **Un Peuple – Un But – Une Foi**

Scientifique

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO.**

Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie FMOS

Année Universitaire 2011/2012

N°.....

THESE

**PROFIL MEDICO-LEGAL DES AVORTEMENTS
PROVOQUES AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE I DU DISTRICT DE
BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le .. / .. / 2012 devant
la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie du Mali**

Par: **M. Amadou.Bintou DIARRA**

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Soukalo DAO

Membre :

Dr Alassane TRAORE

M Michiel DIASSANA

Co-Directeur : Dr Oumar GUINDO

Directeur de thèse : Dr Japhet Pobanou THERA

JE DEDIE CE TRAVAIL

A mes grands parents in mémorium.

A mon père Lahaou DIARRA ;

Père, les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer mon affection, ma reconnaissance et ma profonde gratitude.

Je te serai reconnaissant et je n'oublierai jamais tes conseils, l'affection que tu m'apportes chaque jour que DIEU fait.

Tes soutiens moraux et matériels, ta confiance ne m'ont jamais fait défaut et j'espère qu'ils ne me manqueront pas.

Ce travail est le fruit de tes sacrifices et encouragements.

Merci père que le tout puissant t'accorde encore longue vie Amen.

A ma mère Bintou DIARRA;

Source de ma vie, pionnière de mon éducation, courageuse et combattante active. Maman tu es ma fierté et c'est l'occasion pour moi en ce jour solennel de témoigner toute mon affection, ma reconnaissance et mes sentiments les plus sincères.

Merci mère, que DIEU te garde aussi longtemps que possible auprès de nous pour que tu puisses cueillir les fruits mûrs pour lesquels tu as tant souffert pour l'entretien, Amen !

A mes frères, sœurs, cousins et cousines;

Pour les soutiens énormes.

A mes oncles, tantes et tontons:

Pour leur assistance et leurs encouragements.

- A ma tante Rokia DIARRA et la famille feu Diakaridia DIARRA:

Je ne saurais jamais vous remercier assez pour la tendresse et l'affection qui m'étaient réservées et je m'en souviendrai toute ma vie.

Que DIEU dans sa miséricorde bénisse la famille.

A ma fiancée Nathalie M'Pènè SAMAKE ;

Pour ton soutien et ton accompagnement sans faille

Que la paix, l'entente, le bonheur et la santé règnent dans notre foyer futur.

A ma fille Rokiatou ;

Ma fille tu es le meilleur cadeau que le bon Dieu m'a offert,

Je ne saurais le remercier de te garder à mes côtés pour que tu puisses me donner tes affections les plus chaleureuses à chaque instant que j'en aurai besoin, je t'adore ma fille, que Dieu te bénisse.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes chaleureux et sincères remerciements :

A l'ensemble du corps professoral de la FMPOS :

Pour les sacrifices qu'ils consentent et les efforts qu'ils déploient pour dispenser un enseignement de qualité dans des conditions particulièrement difficiles.

Puisse ce modeste travail leur apporter quelque satisfaction et leur donner plus de raison de persévérer.

A Dr Traoré Boubacar, médecin chef du centre de santé de référence de la commune I :

Merci de m'avoir accepté au sein de votre service.

A tout le personnel de l'unité d'ophtalmologie du centre de santé de référence de la commune IV (Dr Japhet Pobanou THERA et son équipe) : Merci pour votre sympathie.

A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I, particulièrement:

Aux médecins gynécologues :

-Dr SOUMARE Modobo Dianguiné chef de service,

-Dr DICKO Modibo,

-Dr TRAORE Alassane

Chères maitres merci pour votre franche collaboration, votre aide et votre encadrement plein de pédagogie et de rigueur.

A toutes les sage-femmes du service :

Merci pour la bonne collaboration

Aux aînés médecins du service :

Pour votre soutien et la qualité de la formation sans faille.

A mes collègues étudiants du service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I :

Ce séjour nous a rendus inséparable grâce à un sentiment étroit de confraternité, merci infiniment.

A tous mes oncles,tantes et tontons particulièrement:

Yaranga DIARRA, je n'oublierai jamais tes nombreux soutiens matériels et financiers.

A tout le personnel de l'ASACODJE :

Merci pour la sympathie et la considération.

A Dr Bassy KONATE

Tu as été plus qu'un chef pour moi, mais un frère de lait, tu m'appris beaucoup de chose dans cette vie, merci chef de m'avoir confié le secret de ce métier, que le bon Dieu t'accord une longue vie.

A tous mes amis et leur famille, et particulièrement :

-Drissa M DIARRA

-Djelimakan DIABATE

-Sinaly SIDIBE

Pour leur dire combien leur présence me réconforte et quel prix j'attache aux liens qui nous unissent, merci pour la complicité.

A mon logeur Mamadou KONATE et sa femme Minata ZERBO à

Ké-Macina :

Votre soutien, le traitement humain, dont j'ai bénéficié dans votre famille, ont contribué à ma réussite, merci que le bon DIEU bénisse la famille.

A toute la famille DIARRA de NONKON :

Ce travail est le votre.

A la grande famille ALLURE (Alliance universitaire pour le renouveau) :

En souvenir des moments exaltants et euphoriques passés ensemble, les mots me manquent aujourd'hui pour vous prouver à quel point vous comptez pour moi.

Merci pour le soutien, la complicité et la qualité de formation syndicale reçue.

A tous les membres de l'ACTION SANTE COMMUNE I

Pour votre estime, je souhaite bon vent à l'association

A tous les membres de APS et le projet APS-IMCC Uland

A tous les remaoistes

A toute la troisième promotion du numerus clausus à la FMPOS :

Pour les soutiens, bon courage pour la survie de l'association.

A tous mes amis d'enfance qui n'ont pas eu la chance de fréquenter l'école et de continuer les études pour de multiples raisons très regrettables.

A Tous ceux de près ou de loin, ayant contribué à la réalisation de ce travail et qui ne sont pas cités dans ce document, qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements les plus sincères.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

Professeur Soukalo DAO

- **Professeur titulaire en maladies infectieuses**
- **Chef de DER en médecine à la FMPOS**
- **Responsable de l'enseignement des maladies infectieuses à la FMPOS**
- **Investigateur clinique au centre de recherche et de formation sur le VIH et la tuberculose: SEREFO/FMPOS/NIAID**
- **Président de la SOMAPIT (Société Malienne des Pathologies infectieuses et Tropicales)**
- **Membre de la SAPI (Société Africaine des Pathologies Infectieuses) et SPILF (Société des Pathologies Infectieuses en Langue Française)**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre spontanéité et votre ardeur au travail font de vous un exemple pour la jeune génération d'apprenants que nous sommes.

Vos remarques et vos suggestions ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Permettez-nous, cher maître, de vous réitérer notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Maître Michel DIASSANA

- **Magistrat de profession,**
- **Juge d’instruction durant trois ans (2005-2008)**
au Tribunal de Sikasso,
- **Présentement Juge au Siège au Tribunal de la Commune II**
du District de Bamako.

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile et votre positivité dans les actions font de vous un maître exemplaire et un modèle à suivre.

Trouvez ici cher maître l’expression de notre profonde gratitude et notre respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Alassane TRAORE

- **Gynécologue obstétricien à l'hôpital du Mali**
- **Gynécologue obstétricien au CSRéf.CI en 2011**
- **Chef de service de la gynécologie obstétrique à l'Hôpital de Gao de 2005 à 2011.**

Cher maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touché.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

Votre sens du travail bien fait et votre ardeur à le parfaire nous donnent un exemple à suivre.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Oumar GUINDO

- **Diplômé de médecine générale**
- **Diplômé des 3^{ième} promotions Epivac au Benin**
- **Attaché de recherche auprès du MESRS (Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique)**
- **Apprenant en Master de Santé Publique au DERSP/FMPOS (Département d'Etude et de Recherche en Santé Publique)**

Cher maître,

Votre cordialité et votre gentillesse nous ont touchés le long de notre travail à vos côtés.

Votre abnégation au travail et votre bonne humeur naturelle font de vous un être admiré de tous.

Vos conseils ont su guider à bien ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, la marque de notre profonde gratitude et de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Docteur Japhet Pobanou THERA

- **Diplômé d’ophtalmologie ;**
- **Diplômé de médecine légale et d’Expertise ;**
- **Chef du service d’ophtalmologie du CS Réf de la Commune IV ;**
- **Maitre-assistant de Médecine Légale à la FMPOS**
- **Maitre assistant en ophtalmologie**

Cher Maître,

Vous nous avez confié ce travail et dirigé avec bienveillance toute sa réalisation.

Nous avons été conquis par la qualité et la clarté de votre enseignement.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité votre savoir être et votre savoir faire font de vous un pédagogue confirmé et un grand maître dans l’art médical.

Ces qualités ont été un bénéfice inestimable pour l’amélioration de ce travail.

Veillez accepter cher maître, notre profonde admiration et le témoignage de notre reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACP : Avortement Clandestin Provoqué

AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine

ASACOBA : Association de santé communautaire de Banconi

ASACOMSI : Association de santé communautaire de Mekin-Sikoroni

ASACODJE : Association de santé communautaire de Djelibougou

ASACOBOUL : Association de santé communautaire de Boukassombougou

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSRef.CI : Centre de santé de référence de la commune I

DES : Diplôme d'étude spécialisé

CHU-GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE

IECS : Information éducation communication pour la santé

I.M : Injection intramusculaire

IMSO : Incision médiane sous ombilicale

ITT : Incapacité temporaire total de travail

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

Na Cl : Chlorure de sodium

OMS : organisation mondiale de la santé

ORL : Otorhinolaryngologie

ORTM : Office de radio télévision du Mali

PF : Planning familial

S.I.S : Système d'information sanitaire

SOTELMA : Société de télécommunication du Mali

USAC : Unité de soin d'accompagnement et de conseil

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	1-4
II OBJECTIFS	5-6
1-Objectif général.....	6
2-Objectifs spécifiques.....	6
III- GENERALITES	7-29
1-Définition des différents concepts de l'avortement.....	8-9
2- Législation sur l'avortement.....	9-15
3-Diagnostic de l'avortement provoqué	15-17
4- Les méthodes utilisées pour avorter	17-21
5-Les complications.....	21-26
6-Les séquelles	27-28
7-Base légale de l'avortement au Mali	29-30
IV-METHODOLOGIE	31-45
A-Cadre et lieu d'étude	32-40
B-Méthodologie :.....	40
1- Matériels et Méthodes.....	40-41
2-Aspect éthique :.....	42
3-Références :.....	42
4-Les variables :.....	43-44
5-Définitions opératoires :.....	45
V- RESULTATS	46-55
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	56-67
VII- CONCLUSION./ RECOMMANDATIONS	68-71
VIII-REFERENCES	72-77

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'avortement provoqué étant l'interruption volontaire de la grossesse sans nécessité médicale, il demeure un problème de santé publique considérable dans le monde entier.

Il existe selon les circonstances deux grands types d'avortement : l'avortement provoqué et l'avortement spontané [1].

Dans le monde, en 2003 le taux d'avortement annuel était estimé à 29 pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Le taux de variation est très minime d'un continent à l'autre.

En Europe, on rencontre aussi bien le taux le plus bas (moyenne de 12 pour 1000 en Europe occidentale) que le taux le plus haut (44 pour 1000 en Europe orientale). Le taux moyen pour l'Europe est de 28/1000. Il s'agit ici presque exclusivement d'interruptions légales.

- On rencontre des taux relativement élevés en Amérique latine (31 pour 1000 femmes) et en Afrique (29/1000). Il s'agit le plus souvent d'avortements illégaux, puisque à quelques exceptions près, ces pays ont une législation très restrictive.
- En Asie où la législation varie énormément d'un pays à l'autre, le taux moyen est de 29/1000, environ un tiers des interventions sont illégales.
- Le taux s'élève à 21/1000 environ en Amérique du Nord.

L'Institut Alan Guttmacher en arrive à la conclusion que : tant dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés, la mise à disposition de centres de planning familial bien organisés et une large diffusion des moyens contraceptifs modernes et fiables ont pour conséquence la diminution du nombre d'avortements[2].

Selon l'Organisation mondiale de la santé, 4,2 millions d'avortement à risque se produisent tous les ans en Afrique, entraînant près de 300 000 décès. Au niveau mondial, 44 % des femmes qui meurent suite à des complications dues à un avortement non médicalisé, sont africaines.

Ces dernières sont contraintes à avorter dans des conditions médicales dramatiques à cause des lois très restrictives interdisant une pratique que seuls l'Afrique du Sud, le Cap-Vert et la Tunisie autorisent. L'avortement représente en Ouganda et au Ghana, l'une des premières causes de mortalité.

Beaucoup d'avortements en Afrique se font sans médecin, pour des résultats malheureusement souvent macabres. Près de 300 000 Africaines décèdent ainsi chaque année sur le continent. Le fait est que la plupart des pays africains interdisent cette pratique, certains l'autorisent exceptionnellement lorsque la vie de la mère est menacée, un diagnostic qui doit être confirmé par plus d'un médecin. C'est le cas pour 25 des 53 pays que compte le continent. Mais ces lois sont si contraignantes que de nombreuses femmes ont souvent recours à des méthodes mettant leur vie en péril. L'avortement est passible de lourdes peines de prison dans d'autres pays : Comme au Kenya, au Nigeria, au Sénégal, ou encore en Ouganda, où il est puni de 14 ans de prison pour la femme et de sept ans pour le médecin qui a pratiqué l'acte [3].

Généralement réalisés dans des conditions sanitaires médiocres, les avortements clandestins sont les causes de complications graves et même d'une forte mortalité féminine dans de nombreux pays ; 48 % des avortements pratiqués dans le monde en 2003 l'ont été dans des conditions dangereuses. Plus de 97 % de ces avortements dangereux avaient lieu dans des pays en voie de développement.

Rapporté au nombre de grossesses menées à terme, il y avait, en 2003, 31 avortements pour 100 naissances vivantes dans le monde, avec un pic de 105 avortements pour cent naissances vivantes en Europe de l'Est.

Ce sont près de 20 millions d'avortements qui sont ainsi pratiqués chaque année en dehors de structures adaptées ou par des praticiens n'ayant pas les compétences requises, ou auto-administrés par les femmes elles-mêmes. 68 000 femmes en meurent chaque année, souvent à la suite d'hémorragies, de septicémies ou d'intoxications médicamenteuses, et des millions d'autres femmes en gardent des séquelles [4].

Au Mali, peu d'études ont porté sur les avortements provoqués ;

Quelle sont leurs fréquences ?

Quelle sont leurs profils médico-légaux ?

Pour répondre à ces questions, nous avons entrepris la présente étude ***"Profil médico-légal des avortements provoqués au centre de santé de référence de la commune I du district de Bamako"***

OBJECTIFS

Objectifs :

1-Objectif général :

Etudier le profil médico-légal des avortements provoqués aux CS Réf CI

2-Objectifs spécifiques :

1-Déterminer la fréquence des avortements provoqués compliqués reçus au CSRéf.CI

2-Rapporter les moyens abortifs utilisés

3-Déterminer les complications survenues

4- Rapporter les causes majeures des avortements provoqués

5- Rapporter la qualification du personnel qui a effectué l'avortement.

6-Déterminer les postes de préjudice des avortements provoqués

GENERALITES

GENERALITES :

1-Définition des différents concepts:

1-1-Définition de l'avortement : [5], [6]

1- L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra utérine indépendante [5]

2- C'est théoriquement l'expulsion du fœtus avant le 180ème jour de grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer [6].

Ce critère manque de base pratique puisqu'il est généralement impossible de fixer avec certitude le jour de fécondation .Donc il est à retenir que la définition de l'avortement varie selon les pays en fonction de leur degré de progrès en néonatalogie. On ne parlera donc plus d'avortement dès que le pédiatre parvient à réanimer le nouveau né à le maintenir à vie.

1-2-Définition de l'avortement spontané :

C'est l'avortement qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.

C'est également l'interruption involontaire de la grossesse avant la viabilité fœtale, soit 28 semaines d'aménorrhée ou de tout fœtus dont le poids est inférieur à 500 grammes [6].

1-3-Définition de l'avortement à répétition :

L'avortement à répétition selon l'OMS est la survenue de 2 avortements spontanés ou plus, consécutifs chez une même patiente [7].

1-4-Définition de l'avortement provoqué :

L'avortement provoqué est l'interruption volontaire de la grossesse avec ou sans nécessité médicale [6]

1-5-Définition de l'avortement à risque :

Selon l'OMS : l'avortement à risque est défini comme :

« une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas ou les deux »[8].

1-6-Définition de l'avortement thérapeutique :

C'est l'interruption de grossesse décidée par le médecin pour une raison médicale : il peut être :

-eugénique : c'est lorsqu'il existe une malformation fœtale reconnue ou suspectée.

-il peut se faire pour sauvetage maternel : si l'évolution de la grossesse engendrerait un risque majeur pour la santé ou la vie de la mère[6].

2-Législation sur l'avortement :

2-1-Légalité de l'avortement en Afrique :

- Selon les estimations, 92% des Africaines en âge de procréer vivent dans les pays soumis à des législations restrictives de l'avortement. Même en présence de lois autorisant l'avortement pour motifs restreints, il est probable que seulement un petit nombre de femmes dans ces pays puissent assumer les démarches requises pour obtenir une procédure légale médicalisée.

- Le recours à l'avortement n'est autorisé pour aucune raison dans 14 pays d'Afrique.

- Dans neuf pays d'Afrique, l'avortement n'est généralement admis que pour sauver la vie de la femme. Deux de ces pays l'admettent cependant aussi en cas de viol et un pays l'autorise en cas d'inceste. Dix-sept autres pays Africain autorisent l'avortement pour protéger la santé physique de la femme (ainsi que pour sauver sa vie); huit d'entre eux l'admettent aussi dans les cas de viol, sept dans les cas d'inceste et huit dans les cas de malformation fœtale.

- L'avortement est autorisé pour protéger la santé mentale de la femme (ainsi que pour sauver sa vie et protéger sa santé physique) dans neuf pays, seulement trois pays admettent la procédure pour cause de viol, d'inceste ou de malformation fœtale.
- La Zambie autorise l'avortement pour motif de nature socio-économique. Le Cap-Vert, l'Afrique du Sud et la Tunisie l'admettent sans restriction de motivation, sous limites de gestation spécifiques toutefois.
- En 2005, l'Éthiopie a élargi les causes des avortements légalement admises aux cas de viol, d'inceste et de malformation fœtale (la loi n'entérinait auparavant la procédure que pour sauver la vie de la femme ou protéger sa santé physique). La loi reconnaît désormais aussi une raison sociale plus large, autorisant la femme à interrompre une grossesse si elle n'est pas capable d'élever l'enfant à naître pour cause de statut de minorité ou d'incapacité physique ou mentale.
- Entre 1997 et 2009, le Bénin, le Tchad, la Guinée, le Mali, le Niger, le Swaziland et le Togo ont tous élargi légèrement aussi la légalité de l'avortement.

2-2-Les droits en matière de la santé reproductive font partie des droits de la personne [9]

Il serait vain de revendiquer les droits de la personne précisément pour les femmes si ces droits ne leur garantissaient la liberté de prendre des décisions cruciales relatives à leur vie reproductive. Du fait que la capacité à contrôler la procréation est au cœur des droits en matière de santé reproductive, ces droits s'avèrent vains quand les femmes ne sont pas à mesure de décider par elles-mêmes de poursuivre ou non une grossesse. Le respect des droits des femmes exige des gouvernements de leur garantir l'accès à une gamme entière de services de qualité en matière de santé de la reproduction, y compris l'avortement.

Les gouvernements doivent assouplir les garde-fous juridiques à l'avortement et assurer que des services de qualité sûrs en la matière soient accessibles à toutes les femmes.

2-3-Libéralisation des lois relatives à l'avortement depuis 1994 [2]

Dans le monde entier, la tendance à la libéralisation des lois sur l'avortement se poursuit.

Aujourd'hui,

- environ 39 % de la population mondiale vit dans des pays où la loi autorise l'IVG à la demande de la femme, dans un certain délai ou sans restrictions dans le temps. Dans les pays industrialisés, 76 % des femmes ont le droit de décider elles-mêmes d'interrompre une grossesse non désirée.
- 21% de la population mondiale vit dans des pays qui autorisent l'IVG pour des motifs sociaux.
- 4% vit dans des pays où l'interruption de grossesse est autorisée si la santé physique ou mentale de la femme se trouve menacée.
- 10 % vit dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la santé physique de la femme se trouve menacée.

26 %, principalement dans le Tiers Monde, vit dans des pays où l'interruption de grossesse n'est autorisée que si la vie de la femme se trouve menacée.

En effet voici la libéralisation des lois relatives à l'avortement dans quelques pays du monde :

Afrique du Sud: L'Afrique du Sud a adopté une Loi relative au Choix en matière d'Interruption de Grossesse (Choice on Termination of Pregnancy Act - en 1996), qui rend sa loi relative à l'avortement une des plus libérales au monde. La loi permet l'avortement, durant les 12 premières semaines de grossesse sans restrictions sur les raisons, durant les 20 semaines pour de nombreux motifs et à tout moment si la vie de la femme est en danger ou en cas de malformation fœtale grave.

Albanie: En 1996, l'Albanie a libéralisé sa législation nationale de façon significative. La nouvelle loi, tout comme la Directive énoncée par le Ministère de la Santé albanais en 1991, permet l'avortement sans restriction sur les raisons durant les 12 premières semaines de la grossesse.

Allemagne: En 1995, afin d'harmoniser les lois relatives à l'avortement qui étaient en vigueur dans les anciennes Républiques d'Allemagne de l'Est et de l'Ouest, l'Etat Allemand a adopté une loi qui assouplit les conditions sous lesquelles l'avortement était autorisé en ex-Allemagne de l'Ouest, tout en imposant des restrictions dans celles de l'ex-Allemagne de l'Est. Selon la nouvelle loi, l'avortement ne peut faire l'objet de poursuites durant les 14 premières semaines de grossesse et est possible sans aucune restriction sur les raisons. Cependant, les femmes qui veulent avorter doivent se soumettre à un certain nombre de procédures et la plupart des avortements ne sont plus couverts par l'assurance maladie nationale.

Burkina Faso: En 1996, le Burkina Faso a amendé son Code Pénal pour permettre l'avortement à tous les stades de la grossesse quand la vie ou la santé de la femme est en danger et en cas de malformation fœtale grave. L'avortement est également autorisé durant les dix premières semaines de la grossesse en cas de viol ou d'inceste.

Cambodge: En novembre 1997, le Cambodge a modifié sa législation nationale relative à l'avortement, qui était très restrictive. L'avortement est maintenant possible durant les 14 premières semaines de la grossesse sans restriction sur les raisons.

Guyane: En 1995, la loi relative à l'avortement en Guyane a été libéralisée de façon significative. L'avortement est à présent autorisé sans restriction sur les raisons durant les huit premières semaines de la grossesse. Passé ce délai, mais avant 12 semaines, l'avortement est permis pour plusieurs motifs même pour des raisons socio-économiques.

Seychelles: Seychelles a adopté en 1994, la loi sur l'avortement (Termination of Pregnancy Act) autorise l'avortement durant les 12 premières semaines, quand la poursuite de la grossesse peut présenter, pour la vie, la santé physique ou mentale de la femme, un risque plus grand que s'il y était mis terme . La loi autorise également l'avortement en cas de viol, d'inceste, d'aviilissement ou de trouble mental et en cas de malformation fœtale.

2-4-Restrictions frappant les lois relatives à l'avortement depuis 1994 [9]

Deux pays (le Salvador et la Pologne) ont durci leurs lois relatives à l'avortement depuis 1994. Considérant la corrélation entre l'avortement à risque et les taux élevés de mortalité et de morbidité maternelle, ces lois reflètent peu d'intérêt porté aux efforts globaux visant à promouvoir la santé de la reproduction des femmes.

Le Salvador: Le Salvador a amendé son Code Pénal en 1997, pour éliminer toutes les exceptions à l'interdiction de l'avortement. Car l'avortement, à l'analyse des dispositions antérieures était autorisé spécifiquement pour protéger la vie de la femme, quand la grossesse résultait d'un viol ou en cas de risque substantiel de malformation fœtale.

Pologne: Une loi libéralisant l'avortement a été invalidée en 1997 par la Cour Constitutionnelle polonaise, qui a décrété que cette loi contrevenait à la protection du droit à la vie de l'enfant conçu, garantie par la Constitution.

L'avortement en Pologne est autorisé pour trois motifs: quand la grossesse met en danger la vie et la santé de la femme; en cas de présomption justifiée que la grossesse résulte d'un acte criminel; et en cas de malformation fœtale.

L'avortement est dans la plupart des pays africains un phénomène illégal ou d'un accès très restrictif, ces législations, dans de nombreux pays, sont calqués sur les politiques coloniales, notamment la loi française de 1920 régissant l'accès à la contraception et à l'avortement. En 1999, seuls trois Pays l'autorisent à la demande de la femme : l'Afrique du Sud, la Tunisie et le Cap Vert (United Nations and Population Division, 2001 et 2002). La Zambie a aussi adopté une position assez libérale puisqu'elle le permet non seulement pour des raisons de santé (sauver la vie de la mère ou préserver sa santé physique ou mentale), mais également pour des raisons économiques et sociales et en cas de malformations du fœtus.

Dans 24 des autres pays africains, il est accepté uniquement si la vie de la mère est menacée, et dans 16 autres pays, il est légalisé seulement si la menace porte sur la vie de la femme, ou sa santé physique ou mentale. Ainsi dans 40 des 53 pays africains la légalisation de l'avortement est conditionnée uniquement par des objectifs sanitaires : réduire la morbidité et la mortalité liées à ces avortements. En plus de ces considérations d'ordre sanitaire, la possibilité de recourir à l'avortement a été étendue aux cas de viol ou d'inceste dans 9 pays et dans 8 pays en cas de malformation du fœtus.

Dans tous les pays, ces législations relatives à l'avortement sont toujours assorties d'autres conditions restrictives :

- des limites dans les durées de gestation où l'avortement est autorisé (12 semaines en Afrique du Sud, délai qui peut être prolongé jusqu'à 20 semaine si la santé physique ou mentale de la mère est menacée et au delà s'il s'agit de sa vie,
- l'obtention de certaines autorisations pour pratiquer ces avortements : autorisation, du conjoint ; des parents ou du tuteur pour les femmes mineures ; de certains praticiens tel un médecin assermenté par la justice, un gynécologue, un psychiatre ;
- des lieux spécifiques seuls habilités à pratiquer ces avortements.

3-Diagnostic de l'avortement provoqué :

A- Diagnostic positif :

a- Les circonstances de découverte :

La découverte d'un avortement provoqué est très souvent difficile car les patientes n'avouent pas le caractère volontaire de l'acte. Seul un examen clinique rigoureux pourra mettre en évidence les complications ou parfois les traces des manœuvres abortives.

b-L'interrogatoire :

Il retrouve très souvent :

- la notion d'aménorrhée ;
- la douleur pelvienne à type de contractions utérines ou de colique ;
- des métrorragies d'abondance variable ;
- parfois la fièvre ou autres signes de complications.

c-L'examen physique :

- La Pâleur conjonctivale dont le degré varie avec l'abondance des métrorragies.

-L'examen des seins objective une tension mammaire avec souvent une hyperpigmentation aréolaire (aspect gravide des seins).

-L'abdomen peut être sensible, ballonné, contracturé ; mais un examen abdominal normal est aussi fréquent. En fonction du terme de la grossesse et de la vacuité ou non de l'utérus, on apprécie le fond utérin.

-La vulve peut être propre ou souillée de sang.

-Au spéculum le col est ouvert avec souvent la visualisation du produit de conception ou des débris ovulaires dans le vagin.

Au toucher vaginal, le col est court, ramolli, ouvert avec parfois des lésions traumatiques; le corps utérin est augmenté de volume mais inférieur à l'âge théorique de la grossesse.

d-Les examens complémentaires :

-Le dosage répété de béta-HCG renseigne sur l'évolutivité de la grossesse.

-L'échographie : c'est surtout une échographie de vitalité, de vacuité et recherche d'hémopéritoine.

B-Diagnostic différentiel :

Le diagnostic différentiel se pose avec les causes d'hémorragie du premier trimestre :

a- L'avortement spontané :

C'est une interruption involontaire de grossesse avec peu de complications.

b- La grossesse molaire :

Ici, le sang est rouge vif, l'utérus est plus gros que l'âge présumé de la grossesse. On note parfois une émission de vésicules.

L'échographie note une image en grappe de raisin ou en tempête de neige.

Les dosages hormonaux montrent une élévation des bêta HCG.

c- La grossesse extra-utérine :

Les métrorragies sont sépia, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse, avec souvent perception d'une masse latéro-utérine.

L'échographie montre un utérus vide avec une masse latéro-utérine contenant un embryon.

Le test de grossesse est positif.

d-Les hémorragies non gravidiques :

Avec comme exemple le corps jaune hémorragique.

4- Les méthodes utilisées pour avorter :

Elles sont nombreuses :

4-1- les méthodes pharmacologiques :

C'est l'utilisation de produits dans le but de provoquer des contractions utérines, l'ouverture du col et l'expulsion du produit de conception : ce sont les « mini accouchements ». Elles utilisent :

-le sérum salé hypertonique :

On fait une amniocentèse transabdominale, on aspire 100 à 200 ml de liquide amniotique que l'on remplace par une quantité équivalente de sérum salé hypertonique.

Le délai entre l'injection du liquide et l'expulsion du fœtus est en moyenne de 24 à 36 heures mais ce délai est très variable, il est raccourci par l'utilisation préalable de laminaires ou d'ocytociques.

Le risque est l'hyponatrémie pouvant aggraver une pathologie cardiaque ou rénale préexistante.

- L'urée : On remplace la solution de Na Cl 20% par l'urée.

-Les prostaglandines :

Elles sont actuellement les plus utilisées pour l'interruption volontaire de grossesse, il existe plusieurs voies d'utilisation :

➤ la voie intra amniotique :(même technique que pour l'urée).

Leur effet est prolongé car le liquide amniotique est dépourvu d'enzymes pouvant les dégrader.

Le délai de l'expulsion est de 15 à 20 heures, l'association d'ocytociques peut engendrer une rupture utérine.

➤ La voie extra amniotique :

Après avoir désinfecté le col de l'utérus, on introduit une sonde jusqu'à l'espace extra amniotique, on injecte 40 mg de prostaglandine.

L'injection peut se faire de façon discontinue intermittente à des doses de 0,75 mg / heure ou 5mg / heure de façon continue en perfusion de 0,5 mg / heure.

➤ La voie intra cervicale :

Après désinfection du col, on pique une perfusion dans sa lèvre antérieure fixée par un point avec du catgut.

On branche une perfusion de prostaglandine à 20 mg dans 250 ml de sérum physiologique, le produit diffuse dans la paroi utérine à 15 à 20 ml/ heure.

Cette perfusion est réglée par une pompe automatique.

L'avortement est obtenu dans 48 heures avec une durée moyenne de 15 à 20 heures.

➤ La voie combinée :(IM et vaginale)

C'est l'utilisation du Nalador par voie I.M et des ovules de Cervagème en une ou deux applications. L'expulsion se fait dans un délai de 48 heures.

➤ La voie veineuse est abandonnée à cause des effets secondaires.

La Mifépristone (anti progestérone = RU486) interrompt la grossesse sous réserve d'une évacuation utérine.

L'association RU 486 + Misoprostol ou Cytotec ou RU 486 + ovules de Cervagème donne de très bons résultats avec très peu d'effets secondaires.

4-2-L'introduction de corps étrangers dans l'utérus :

Il s'agit dans la majorité des cas d'un perfuseur introduit dans l'utérus par le col. Il provoque l'expulsion du fœtus par une réaction inflammatoire locale. Elle est très dangereuse avec le risque d'infection, de perforation utérine voire des anses grêles ; source de péritonites.

Elle est pratiquée par le personnel subalterne et paramédical sous l'ignorance des complications pouvant en résulter.

4-3-L'hystérotomie :

On fait une laparotomie en IMSO ou en Pfannenstiel ; une incision de 5 cm au niveau du fond utérin, une extraction du produit de conception et on réalise un curage digital.

Le risque de cette méthode intervient par la présence de la cicatrice utérine assombrit le pronostic obstétrical ultérieur de la femme.

4-4-L'aspiration :

Les organismes sanitaires internationaux recommandent l'utilisation de l'aspiration manuelle intra utérine à cause de son caractère peu traumatique, de son efficacité et de sa sécurité bien prouvée, des taux minimes de complications, de la réduction des ressources hospitalières et de l'interruption des activités quotidiennes de préférence en cas d'avortement dans le premier trimestre. Elle utilise l'aspirateur de Karman.

Après un examen minutieux, l'opérateur prépare la seringue ainsi que la canule appropriée (prendre plusieurs canules de diamètres voisins).

Placer un spéculum et saisir la lèvre antérieure du col avec un tenaculum. Tirer doucement sur le col pour aligner la cavité de l'endomètre avec le canal endocervical, ceci facilite l'introduction de la canule. La dilatation du col n'est indispensable que si la canule ne passe pas. Sous une traction douce, insérer la canule à travers le col jusque dans la cavité utérine : la résistance de l'orifice interne du col est alors vaincue.

En tenant la canule entre le pouce et l'index, avancer dans la cavité utérine jusqu'à ce que la canule touche le fond de l'utérus, noter la profondeur de la cavité utérine par des points de repère sur la canule (hystérométrie par canule). Après avoir repéré le fond de l'utérus, retirer la canule mais pas complètement hors de la cavité utérine. Attachez-y la seringue pré chargée en tenant le

tenaculum et l'extrémité distale de la canule dans une main et la seringue dans l'autre.

En ce moment, il est important de s'assurer que la canule n'avance pas plus dans l'utérus pendant l'attache de la seringue ; elle pourrait perforer ce dernier.

Ramener le pinçon de la valve sur la seringue pour amener le vide à travers la canule jusqu'à la cavité utérine. Caillots, débris et bulles s'écoulent par la canule vers la seringue.

Evacuer tous les débris de conception retenus en tournant doucement la seringue et en la déplaçant doucement et lentement par un mouvement de va-et-vient dans la cavité utérine. Ne jamais sortir le bout de la canule au-delà pour ne pas perdre le vide créé. Ne jamais saisir la seringue par le bras du piston pendant que la canule est dans l'utérus. Vérifier que tout est bien terminé.

La vacuité utérine est obtenue quand :

- une mousse rouge ou rose apparaît et il n'y a plus de tissu dans la canule
- une sensation de granulé est perçue : la canule touche la surface de l'utérus évacué.
- l'utérus se contracte et le col serre la canule rendant ainsi difficile le mouvement de va-et-vient.

Retirer alors la seringue et la canule. Retirer le spéculum et le tenaculum.

Envoyer si besoin le produit de conception pour un examen anatomopathologique.

NB : Cette méthode est utilisée pour la prise en charge des avortements spontanés, mais certains praticiens qualifiés l'utilisent souvent pour d'autres fins.

4-5-Le curetage :

C'est la méthode d'évacuation utérine la plus complète. C'est le dernier recours après l'échec de tous les autres. Il utilise une curette mousse et à défaut une curette tranchante. Il est très efficace et aboutit à une évacuation utérine

complète. Mais il présente certains risques majeurs dont la perforation utérine et les synéchies utérines. Il se pratique comme suit :

Faire vider la vessie par une miction ou un sondage urinaire. Confirmer le volume et la position de l'utérus. S'assurer que le matériel est complet et à disposition : les curettes, le spéculum le tenaculum, les pinces à cœur, une seringue.

Administrer un antalgique et un anesthésique local ou de préférence général. La patiente se met en position gynécologique. L'opérateur nettoie la vulve et place un spéculum. Il tient la lèvre antérieure du col avec le tenaculum. Il insère un hystéromètre pour mesurer la longueur et la direction de l'utérus tout en sachant qu'en cas d'infection, le fond utérin peut être mou et facilement perforé.

Il prend les débris avec les pinces à cœur et curette avec douceur chaque paroi et angle de l'utérus. S'assurer qu'il n'y a plus de débris dans la cavité : la vacuité est obtenue si :

- le col se rétracte sur la curette il y'a plus de débris, le sang mousse une sensation de granulé est perçue.

S'assurer qu'il n'y a pas de saignement vaginal excessif.

Enlever le matériel.

La régulation menstruelle fait également partie des méthodes abortives : elle consiste en une aspiration ou un curetage très précieux avant même la confirmation de la grossesse.

5-Les complications :

Elles sont nombreuses et peuvent être classées en complications hémorragiques, infectieuses, les intoxications médicamenteuses.

5-1-Les complications hémorragiques :

L'hémorragie est le signe le plus constant. Sa gravité est évaluée par l'état de choc, l'abondance de la perte sanguine et sa persistance. Elle expose à l'anémie et prédispose à l'infection. Elle peut avoir comme causes :

-la rétention placentaire partielle ou totale, la nécrose de la paroi utérine, une déchirure instrumentale, les troubles de l'hémostase.

La thérapeutique comporte plusieurs étapes :

- l'hospitalisation
- la prise d'une voie veineuse sûre et efficace ;
- une transfusion de sang iso groupe iso rhésus si nécessaire;
- une prophylaxie antitétanique;
- une antibiothérapie ;
- la suture des déchirures si elles existent ;
- le risque de coagulopathie de consommation si l'hémorragie est abondante nécessite un monitoring adéquat.

L'infarctus utérin est très grave et nécessite une hystérectomie sans délai. Il entraîne une syncope mortelle, l'utérus devient douloureux, mou, pâteux et violacé du fait de la nécrose.

Il faut dans ce cas faire une antibiothérapie, une sérothérapie antitétanique et prévoir une réanimation sanguine. La douceur et la rapidité des gestes sont plus que jamais essentiels pour éviter l'aggravation du tableau par la perforation de cet utérus distendu et nécrotique.

5-2-Les complications infectieuses :

L'avortement provoqué présente toujours un risque infectieux précoce ou tardif ; qu'il soit clandestin ou médical. Ces complications infectieuses peuvent être classées en infections générales, locorégionales et régionales.

5-2-1-Les complications infectieuses générales :

Elles mettent rapidement en danger la vie de la patiente ; ce sont : le choc infectieux qui survient de façon précoce, les septico-pyohémies, le tétanos post abortum.

a- le choc infectieux post abortum :

Il semble s'observer dans 2,5% à 3% des cas et serait plus fréquent en cas d'avortement provoqué clandestin [10]

Le choc doit faire discuter :

- l'embolie pulmonaire surtout graisseuse ou gazeuse qui entraîne une mort subite.

- l'état de choc allergique à la sérothérapie antitétanique ou à la pénicilline

- un accident transfusionnel ou toxique en cas d'hémolyse.

- une rétention placentaire doit être évoquée devant la persistance et l'abondance des saignements avec très souvent des débris. L'examen gynécologique objective la présence de débris placentaires, l'absence ou la mauvaise involution de l'utérus (rétraction au début), un col court, ouvert avec parfois des débris.

Le traitement consiste en un curetage ou un curage selon le degré d'ouverture du col et ceci après l'obtention d'une apyrexie. L'évolution est fonction de la précocité du diagnostic.

- une perforation utérine qui peut se présenter sous plusieurs tableaux souvent trompeurs. Il s'agit de :

- .une hémorragie interne avec des signes de choc prêtant confusion avec une grossesse extra utérine rompue.

- .Une péritonite avec des signes d'irritation péritonéale qui impose une laparotomie d'urgence.

- .Un tableau frustré avec une douleur localisée à l'utérus ou une défense abdominale plus ou moins marquée.

Le traitement comporte : la correction du choc par le remplissage vasculaire et la suture des lésions ou l'hystérectomie si les lésions sont étendues.

Le choc peut survenir :

- ° soit au décours immédiat d'un curetage sur un utérus infecté sans antibiothérapie préalable.

° soit 24 heures à 48 heures après une manœuvre abortive locale. Il se caractérise par des signes infectieux, des signes d'insuffisance circulatoire souvent associés à des signes d'hémolyse.

Quand le choc est pris en charge dans un service spécialisé, le taux de mortalité est de 3/33 femmes.

b- Les septico-pyohémies :

Elles diffèrent du choc par le fait qu'ici, le foyer infectieux utérin diffuse et se développe parfois sous tendu par une rétention placentaire même minime. La complication redoutable est l'endocardite droite.

On distingue des signes pulmonaires et des signes pelviens :

b-1- Les signes pulmonaires : ce sont :

- la dyspnée
- la toux hémoptoïque par migration de l'embolie
- des fins râles crépitant et un frottement pleural
- une fièvre avec frissons et cyanose
- des signes d'insuffisance tricuspidiennne en cas de complication.

b-2- Les signes pelviens :

Ils sont témoins du foyer infectieux qu'il faut rechercher.

Ils peuvent se résumer en :

- douleur hypogastrique, leucorrhée purulente, dysurie
- abdomen sensible surtout au niveau des cornes utérines ou latéralement
- des signes d'un pédicule veineux thrombosé (infiltration douloureuse des culs-de-sac latéraux en masse ou en cordon allongés le long des parois vaginales verticalement ou transversalement).

La septicémie à *Clostridium perfringens* est très grave. Elle réalise un tableau infectieux avec un ictère et une anurie hémoglobinurique avec des urines de couleur porto. A ceci s'associe une chute tensionnelle avec aplatissement des jugulaires et des veines du dos de la main.

La bactériologie permet d'identifier le germe responsable.

La prise en charge consiste en une réanimation massive, une exsanguino-transfusion en cas de trouble de la coagulation, la lutte contre le foyer infectieux initial par un curetage ou une hystérectomie.

Une antibiothérapie massive générale guidée par la sensibilité du germe responsable isolé après les hémocultures.

c- Le tétanos post abortum :

Il représente 1 à 3% des tétanos [10]

C'est l'une des complications les plus graves.

Le tableau comporte au début un état d'anxiété avec un trismus.

A la phase d'état s'associent une raideur rachidienne, des contractures musculaires, une dysphagie et une dyspnée.

Le traitement comporte alors :

-l'arrêt de l'alimentation orale

-la mise en place d'une sonde nasogastrique

-le valium ((Diazépan) 5 ampoules de 10 mg dans 500 cc de sérum glucosé 5% en 12 heures à raison de 15 gouttes par minute

-l'isolement des stimuli sonores et lumineux

-l'action sur le foyer infectieux par un curetage prudent et une antibiothérapie.

-la sérothérapie et l'anatoxinothérapie antitétaniques

Le pronostic est fonction de :

-la durée de l'incubation

-l'existence de dyspnée ou de spasme laryngé

La mortalité est de l'ordre de 20%.

5-2-2-Les complications infectieuses loco-régionales :

Ce sont les péritonites, les abcès et les phlegmons.

-La péritonite franche avec des signes d'irritation péritonéale, une contracture abdominale franche ou « ventre en bois ».

-La péritonite asthénique caractérisée par une douleur du douglas, un météorisme ou des signes très discrets. La température est très élevée et l'état général très altéré.

5-2-3-Les complications infectieuses locales :

Parmi elles on a :

-L' endométrite post abortum qui se caractérise par :

.une altération de l'état général avec une fièvre.

.des lochies fétides.

.une mauvaise involution utérine avec une douleur localisée à l'utérus.

L'antibiothérapie est fonction du germe retrouvé aux hémocultures.

-Les salpingites et infections des ovaires

-L' infarctus utérin

5-3-Les intoxications médicamenteuses :

5-3-1- intoxication à l'apiol :

Elle est grave de part ses complications à type :

-d' hépatonéphrite avec ictère, anurie, troubles digestifs avec déshydratation

-secondairement elle peut entraîner des complications nerveuses avec une polynévrite sensitivomotrice des membres inférieurs.

5 -3-2- Intoxication à la quinine :

Les troubles engendrés par la quinine sont variables selon la dose. Ce médicament a une toxicité oculaire pouvant aller d'une amaurose à une cécité définitive. Il peut entraîner une surdité et également la mort dans un tableau de collapsus cardiovasculaire lorsque la dose dépasse 15 à 20 grammes.

Dans ce cas il faut dans l'urgence faire un lavage gastrique pour évacuer le toxique et transférer la malade dans un service de réanimation.

5-3-3- Intoxication au mercure :

Elle conduit à un tableau d'hépatonéphrite.

5-3-4- Intoxication à l'ergot de seigle et à ses dérivés :

(Dihydroergotamine et tartrate d'ergotamine)

On observe des accidents nerveux et vasculaires à type de modification brutale de la tension artérielle, de convulsion et de coma.

6- Les séquelles :

Elles sont très nombreuses :

a- La stérilité tubaire :

Elle constitue une conséquence de l'infection post abortum.

b- Les synéchies utérines :

Elles sont dues à un curetage trop appuyé rasant le chorion en partie ou en totalité voire le myomètre. Les synéchies peuvent être réduites en cas d'avortement sur les grossesses jeunes grâce à la disponibilité de l'aspirateur de KARMAN .Il est moins traumatisant. Le risque de synéchie augmente si la grossesse est avancée du fait de la progression de l'insertion du placenta dans l'endomètre.

b- Le bloc pelvien adhérentiel :

Les complications traumatiques précoces méconnues ou initialement traitées peuvent continuer à évoluer silencieusement. Elles aboutissent à un syndrome douloureux pelvien où dans le pelvis « tout colle à tout ».

Elle peut entraîner une stérilité tubaire .Elle peut exposer au risque de grossesse extra utérine du fait de la gêne à la mobilité des trompes.

c- Les brides vaginales

d- Le placenta prævia et le placenta accreta

e- Les avortements et les accouchements prématurés

f- La béance cervico-isthmique :

Elle est consécutive aux dilatations excessives et traumatiques du col. Ces béances imposent un cerclage du col lors des grossesses ultérieures.

g- Les troubles neurologiques et psychiatriques :

Ces troubles doivent être suspectés devant toute femme en âge de procréer qui consulte pour des troubles neurologiques d'apparition récente. Il peut s'agir de :

-la syncope mortelle qui représente 40 à 50 % des morts suspectes des femmes jeunes une hypertonicité, une hémiplégie ou une quadriplégie due à une embolie gazeuse. Il faut mettre la patiente en position de Trendelenburg en décubitus latéral gauche et pratiquer une oxygénation hyperbare en caisson.

Les thromboses veineuses intra crâniennes : elles entraînent des hémiplésies, des monoplésies, délires, crises, convulsions et confusions.

La guérison est entachée de séquelles.

h- Les séquelles psychologiques :

Il s'agit essentiellement :

-des névroses dépressives , complexes de culpabilité , et d'indignité.

-des algies pelviennes chroniques sans cause organique

- de la crainte d'une nouvelle grossesse pouvant entraîner une dyspareunie , une frigidity , un vaginisme.

j- L'iso immunisation foeto maternelle :

Le passage du sang embryonnaire dans la circulation maternelle a été prouvé dès le deuxième mois de la gestation.

Pendant le premier trimestre de la grossesse, la fréquence de l'iso immunisation est entre 3 et 10 % en l'absence de prévention. Cette prévention doit être faite chez toute femme rhésus négatif qui vient d'avorter [11]

La dose proposée par l'O.M.S est de 50µg d'Immunoglobuline anti-D lors des avortements du premier trimestre [12]

De toute façon l'injection doit être faite dans les 72 heures qui suivent l'avortement [13]

Il faut par ailleurs signaler la nécessité d'une contraception après chaque avortement provoqué.

7-Bases légales de l'avortement au Mali [14]:

Au MALI, la disposition légale sur l'avortement est donnée par les articles 211 et 212 du code Pénal :

a-ARTICLE 211 :

Il est interdit tout avortement qui consiste dans l'emploi de moyens ou de substances en vue de provoquer l'expulsion prématurée du fœtus, quel que soit le moment de la grossesse où cette expulsion est pratiquée pour tout motif autre que la sauvegarde de la vie de la femme.

Hormis les cas pratiqués pour motif thérapeutique, l'avortement ci dessus caractérisé volontairement tenté ou obtenu de quelque manière que ce soit, soit par la femme, soit par un tiers même avec son consentement, sera puni de un à cinq ans d'emprisonnement et facultativement de 20 000 à 1 000 000 de francs d'amende et de un à dix ans d'interdiction de séjour.

b-ARTICLE 212 :

Les médecins, officiers de santé, sages-femmes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes bandagistes, marchands d'instruments de chirurgie, infirmiers, masseurs, qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué les moyens de procurer l'avortement ainsi défini à l'article précédent, seront condamnés aux peines prévues à l'article 213.

« S'il en résulte une maladie ou une incapacité de travail, sera puni de six mois à trois ans d'emprisonnement et facultativement de 20.000 à 200.000 francs d'amende et de un à dix ans d'interdiction de séjour.

S'il en résulte une maladie ou une incapacité permanente, la peine sera de cinq à dix ans de réclusion.

L'interdiction de séjour de cinq à dix ans pourra être prononcée.

Si la mort s'en est suivie, la peine sera de cinq à vingt ans de réclusion et facultativement, de un à vingt ans d'interdiction de séjour. »

La suspension pendant cinq ans au moins ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession pourra être, en outre prononcée contre les coupables.

Quiconque contrevient à l'interdiction d'exercer sa profession prononcée en vertu de l'alinéa précédent sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins, de deux ans au plus et d'une amende de 20 000 francs au moins et 1 200 000 francs au plus ou de l'une de ces deux peines seulement.

METHODOLOGIE

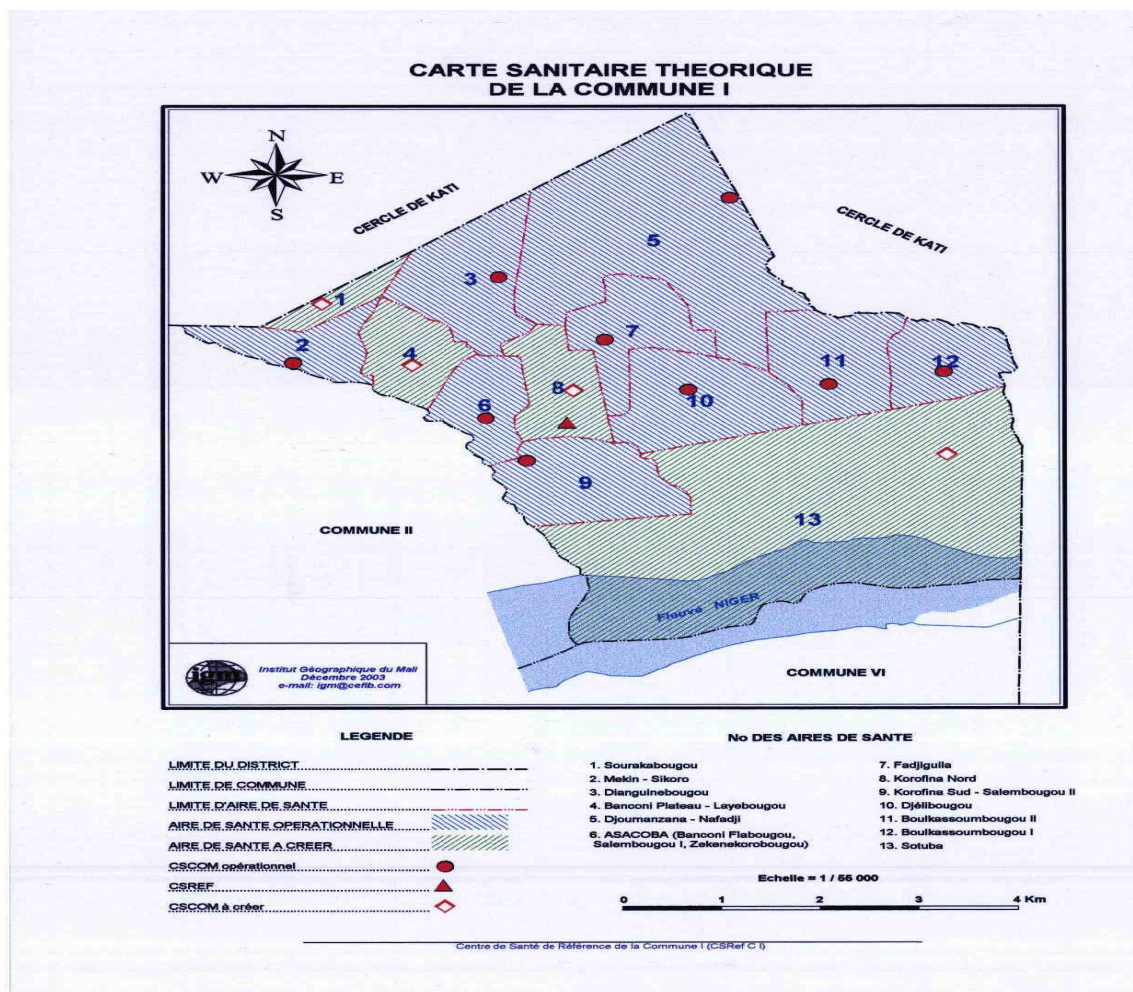
A-Milieu d'étude :

1-Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la Commune I du district de Bamako.

a- La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :



Source : Sis CSRéf I

La commune I est située à l'Est du District de Bamako sur la rive gauche du fleuve Niger. Elle est limitée :

- Au Nord par le cercle de Kati ;

- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Ouest par la commune II (le marigot de Korofina limitant les 2 localités) ;
- A l'Est par le cercle de Kati.

Elle comprend (9) quartiers qui sont :

- Korofina (Nord et Sud) ;
- Djélibougou ;
- Boukassombougou ;
- Doumanzana ;
- Fadjiguila ;
- Banconi ;
- Sikoroni ;
- Sotuba.

La surface est de 34,26km² soit 12,83% de la superficie totale de Bamako, pour une population totale de 309 986 habitants (2009) soit une densité moyenne de 7 331 hts/km² (DNSI-Mairie CI).

Le relief de la commune I est caractérisé par des plateaux et des collines de type granitique avec un sol accidenté de type latéritique, ce qui représente quelques difficultés pour l'aménagement d'infrastructures d'assainissement tandis que sa végétation est de type Soudano-sahélien par les grands arbres comme le Caïlcédrat, le Karitier, le Manguier, etc.

Le climat de type tropical est caractérisé par :

- Une saison sèche ;
- Une saison froide : de Novembre à Janvier ;
- Une saison chaude : de Février à Mai ;
- Une saison des pluies : de Juin à Octobre.

- Les infrastructures routières :

- La route régionale (RR) N°14 ou Route de Koulikoro avec éclairage public ;
- La route pavée qui relie la RR 14 au marché de Fadjiguila ;
- La route 251 reliant la RR 14 au Lycée Fily Dabo Sissoko avec éclairage public ;
- La desserte de Banconi allant de la RR 14 et traversant le Banconi ;
- Deux autres voies traversent toute la commune I d'Est en Ouest (du marché de Boulkassoumbougou jusqu'au quartier de Hippodrome en commune II) dans le cadre du réseau routier de la ceinture du District de Bamako avec éclairage public ;
- A l'intérieur des quartiers les routes sont petites, latéritiques et difficilement praticables en saison pluvieuse ;
- Une voie ferrée reliant Bamako à Koulikoro traverse la commune I sur une distance de cinq (5) km.

-Les moyens de transports :

Le transport collectif est assuré principalement par les minibus (SOTRAMA), les bus, et les taxis. Au total, vingt (20) lignes desservent la commune I en provenance des abords des rails, de la grande mosquée et du marché de Médine. Il existe quatre stations de taxis dans la commune, dont une à côté du Centre de Santé de Référence de la commune I.

-Les moyens de télécommunications :

La commune possède un réseau téléphonique d'une capacité de 42 000 lignes avec une agence de la SOTELMA à Djelibougou, des cabines téléphoniques ORANGE et MALITEL.

Le CSRéf CI, l'ASACOBABA, l'ASACOMSI, l'ASACODJE et l'ASACOBOUL II sont les seules structures sanitaires publiques de la commune I qui sont desservies en lignes téléphoniques par la SOTELMA.

-Les canaux de communication :

● **Modernes :**

- L'ORTM : Office de Radiodiffusion Télévision du Mali
- Les radios privées du district de Bamako dont trois sont en commune I (Djekafo, Kayira et Patriote).

● **Traditionnels :**

- Les crieurs publics ;
- Les leaders d'opinions ;
- Les griots ;
- Les troupes théâtrales de la commune I.

-Les infrastructures sanitaires :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement :

- un premier plan de développement de la commune de 1995 à 1999 avait prévu la création de onze (11) aires de santé - dix (10) sont fonctionnelles ;
- un deuxième plan a été élaboré pour la période 2002-2006 dans lequel il est prévu la création de six (06) nouveaux centres de santé communautaire (CSCOM) et le renforcement des capacités du Centre de Santé de Référence de la Commune I.

Il existe en commune I : un CSRéf, 10 CSCOM, des Cabinets médicaux et des Cliniques privées.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;

- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service social ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de recherche et formation ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

Le personnel est composé de :

- 13 médecins dont un médecin chef, trois gynécologues-obstétriciens, un pédiatre, un ophtalmologue, trois chirurgiens, un médecin de santé publique, 04 médecins généralistes ;
- 23 sages-femmes ;
- 06 assistants médicaux (3 Anesthésistes, 2 agents de la santé publique et un odonto-stomatologiste) ;
- 10 techniciens supérieurs spécialistes (deux (02) ophtalmologues, un anesthésiste, un odonto-stomatologiste, un agent de santé publique, deux (02) techniciens supérieurs spécialistes en ORL, trois (03) agents de laboratoire) ;
- 11 infirmiers (es) du 2^{ème} cycle ;
- 8 infirmiers (es) du 1^{er} cycle ;
- 1 technicien de santé ;

- 1 surveillant général ;
- 3 infirmiers du bloc opératoire ;
- 2 vendeurs de pharmaciens ;
- 15 matrones/ aides soignantes ;
- 2 comptables ;
- 3 chauffeurs ;
- 5 manœuvres ;
- 4 agents d'assainissement ;
- 1 gardien ;
- 2 secrétaires ;

Les activités comprennent :

- Les consultations prénatales ;
- Les accouchements et les urgences gynécologiques et obstétricales ;
- Les consultations de planification familiale et post-natales ;
- Le suivi des malades hospitalisés ;
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les analyses biologiques ;
- L'imagerie médicale (Echographie, Mammographie) ;
- Les consultations médicales externes ;
- Les consultations ORL ;
- Les consultations ophtalmologiques ;
- Les consultations odonto-stomatologiques.
- Le dépistage des malades suspects de tuberculose
- Le dépistage du VIH.

Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Ce service comprend :

- Une salle de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologiques et pour les soins après avortement (S.A.A) ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - ❖ Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - ❖ Deux salles à deux (02) lits ;
 - ❖ Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - ❖ Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
 - ❖ Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - ❖ Deux salles d'interventions pour les interventions gynéco obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - ❖ Une salle de stérilisation des instruments ;
 - ❖ Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - ❖ Une salle de réveil ;
 - ❖ Une salle de préparation des patients ;
 - ❖ Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues-obstétriciens) ;
 - ❖ Un bureau pour les anesthésistes ;
 - ❖ Un bureau pour les aides de bloc.

La maternité :

Elle est située vers le côté Sud du CS Réf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Elle reçoit les gestantes et parturientes issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
- Deux autres gynécologues-obstétriciens ;
- Deux DES en gynéco-obstétrique ;
- Cinq médecins généralistes (ancien thésard et également personnel d'appui) ;
- Quinze sages femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
- Huit thésards (faisant fonction d'internes) ;
- Des matrones et aides soignantes.

Les activités sont programmées comme suit :

- Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
- L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après midi sauf les cas d'urgences ;
- Deux journées consacrées aux activités chirurgicales surtout celles programmées ;
- La garde est assurée par une équipe dirigée par un DES en gynéco-obstétrique et composée de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
 - ❖ Un des gynécologues est appelé au besoin.

- La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Les accouchements eutociques, les consultations prénatales et post natales, les consultations pour la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus sont du ressort de la sage-femme.

Les grossesses à risque ainsi que les accouchements dystociques sont pris en charge par les médecins spécialistes.

B-Méthodologie :

1- Matériel et Méthodes :

1.1 – Type d'Etude :

Il s'agit d'une étude prospective de type transversal.

1.2- Période et lieu d'étude :

L'étude s'est déroulée au service de gynéco-obstétrique du CS Réf CI du district de Bamako du 1er juillet 2010 au 31 janvier 2012

1.3 – Echantillonnage :

La méthode utilisée était celle du sondage élémentaire systématique.

-La taille de l'échantillon : est donnée par la formule suivante [15]

$$N = \frac{P \cdot Q}{(\epsilon \alpha / e)^2}$$

P : la prévalence des avortements provoqués ici estimée à 5,04% dans une étude antérieure [1] .

En prenant $P=5,04\%$ et $Q=1-P$

Donc $Q=1-0,0504=0,9496$

En prenant comme risque $\alpha=5\%$ donc

$\varepsilon\alpha=1,96$ et en précision $e=5\%$

$N=0,0504 \times 0,9496 \times (1,96/0,05)^2 = 73,54 \approx 73$ patientes

A partir de la formule nous avons obtenu, la taille de l'échantillon qui est de **73 patientes**

1-4-Déroulement de l'étude:

Nous avons procédé à l'interrogatoire, l'examen physique et la prise en charge de toutes les patientes reçues en consultation pour avortement provoqué et qui ont accepté de participer à l'étude.

1-5-Critères d'inclusion :

Toute femme reçue dans le service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CI chez laquelle le diagnostic d'avortement provoqué a été établi.

1-6-Critères de non inclusion :

Les femmes admises pour avortement spontané

Les femmes admises pour autres motifs de consultation

Les femmes ayant refusé de répondre à nos questions.

1-7-Support des Données :

Nous avons utilisé comme support :

- Une fiche individuelle d'enquête adressée à nos patientes
- Les registres d'enregistrement des malades
- Les ordonnances et reçus des malades

1-8-Analyse des données :

Les données ont été traitées sur le logiciel SPSS version 18.

Le document a été rédigé à l'aide du logiciel Microsoft Word 2007.

2- Aspects éthiques:

- *Valeur scientifique de l'étude* : cette étude servira de base de donnée pour les chercheurs dans le futur.
- *Avantages liés à l'étude* : cette étude permettra d'éveiller la conscience du personnel socio-sanitaire ainsi que la population sur les incidents et les complications des avortements provoqués afin de prendre les mesures nécessaires pour minimiser les risques.
- *Procédures administratives* : nous avons adressé une correspondance au Médecin Chef du C S Ref CI pour obtenir son accord.
- *L'anonymat*: aucun nom ne figurait sur les questionnaires.
- *Consentement éclairé* : l'étude a été expliquée à toutes les patientes, elles ont compris et adhérentes de manière volontaire.

3-Références:

Nous avons opté pour le système numérique séquentiel (citation order system, Vancouver system) qui est le plus utilisé dans les disciplines scientifiques biomédicales et est préconisé par les règles de Vancouver. [16]

4-Tableau I: Variables étudiées

Variable	Nature	Unité	Technique de collecte
Age	Quantitative	Année	Interrogatoire
Profession	Qualitative		-----//-----
Statut matrimonial	Qualitative		-----//-----
Régime matrimonial	Qualitative		-----//-----
Niveau d'instruction	Qualitative		-----//-----
Lieu de l'avortement	Qualitative		-----//-----
Le décideur de l'avortement	Qualitative		-----//-----
Qualification de l'avorteur	Qualitative		-----//-----
La méthode de l'avortement	Qualitative		-----//-----
Raison de l'avortement	Qualitative		-----//-----
Connaissance des incidents et complication de l'avortement	Qualitative		-----//-----

Conjonctives	Qualitative		Examen physique
Tension artérielle	Qualitative		-----//-----
Fièvre	Qualitative		-----//-----
Origine du saignement	Qualitative		-----//-----
Etat du col	Qualitative		-----//-----
Les complications	Qualitative		-----//-----
Réanimation	Qualitative		-----//-----
Traitement médical	Qualitative		-----//-----
Traitement chirurgical	Qualitative		-----//-----
Incapacité Temporaire Total de travail ou ITT (en jours)	Quantitative	Jour	Interrogatoire
Le quantum doloris ou souffrance endurée	Qualitative		-----//-----
Sentiment après Avortement	Qualitative		-----//-----
Dépénalisation de l'avortement au Mali	Qualitative		Interrogatoire

6-Définitions opératoires :

- **Avortement :** L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra utérine indépendante [5]
- Il existe selon les circonstances deux grands types d'avortement : l'avortement spontané et l'avortement provoqué

- **L'avortement spontané** est l'avortement qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.
- **L'avortement provoqué** est l'interruption volontaire de la grossesse avec ou sans nécessité médicale [6]

- IL peut être à risque ou thérapeutique

- **Incapacité Temporaire Totale de travail ou ITT:**
- Elle correspond à la période de soins au cours de laquelle les patientes ne pouvaient pas exercer les métiers qui étaient les siennes avant l'avortement provoqué ou de mener une vie normale.

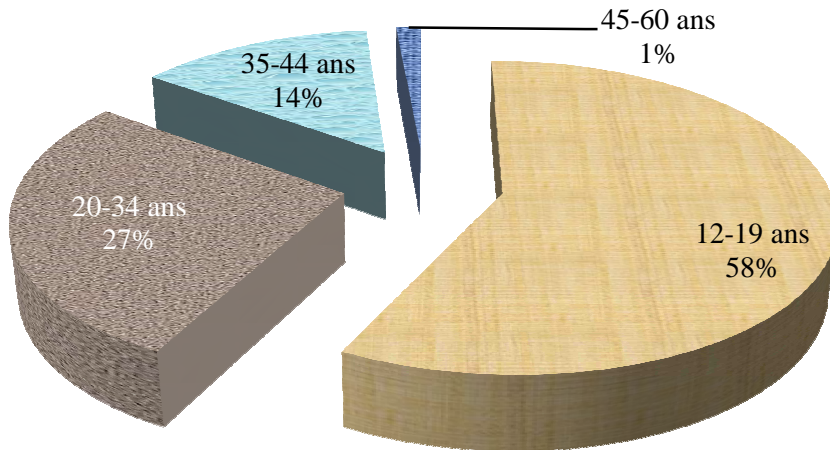
- **Le quantum doloris ou souffrance endurée :**
- C'est une indemnisation qui tient compte de la gravité et des complications de l'avortement, des souffrances endurées par la femme, de la nature et de la gravité de la prise en charge médicale, des réactions individuelles des femmes.

- **Le code Cima** est une échelle qui permet de faire une estimation et une indemnisation médicale du quantum doloris=barème à 7 points.

RESULTATS

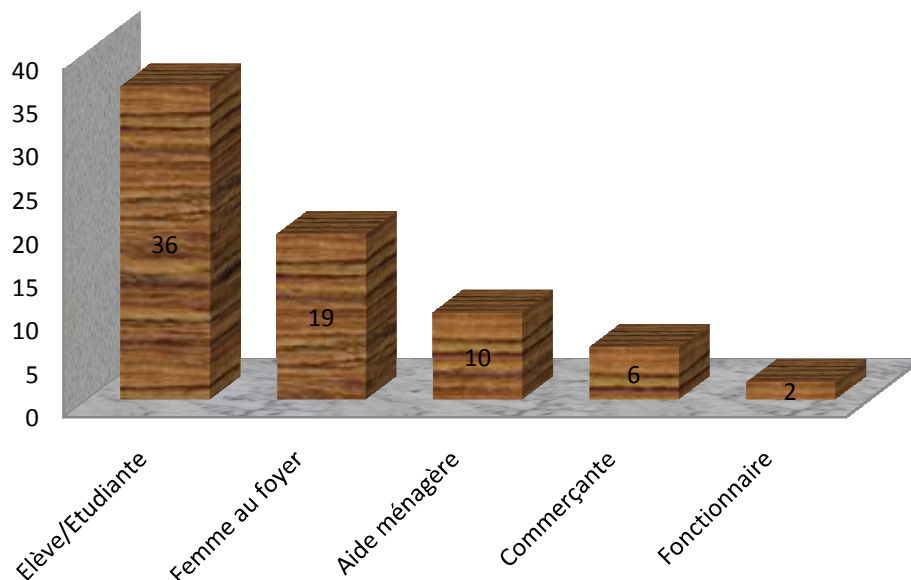
V-RESULTATS :

Au cours de la période d'étude nous avons enregistré sur 879 avortements, 73 cas d'avortement provoqués soit 12,04%.



Graphique 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

La tranche d'âge de 12-19 ans a été le plus représentée au cours de notre étude 42 cas soit 57,5%.



Graphique 2 : Répartition de patientes selon la profession

Les élèves et étudiantes étaient majoritairement représentées dans notre étude 36 cas (49,3%).

Tableau II: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariée	16	21,8
Célibataire	45	61,6
Veuve	4	5,6
Divorcée	8	11,0
Total	73	100,0

Les femmes célibataires ont été beaucoup plus représentées au cours de notre étude 45 cas, soit 61,6%

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Non alphabétisée	28	38,4
Alphabétisée	3	4,1
Primaire	16	21,9
Secondaire	19	26,0
Supérieur	7	9,6
Total	73	100,0

Les femmes scolarisées ont été les plus touchées par la pratique abortive 42 cas soit 57,5%

Tableau IV: Répartition des patientes selon le lieu de l'avortement

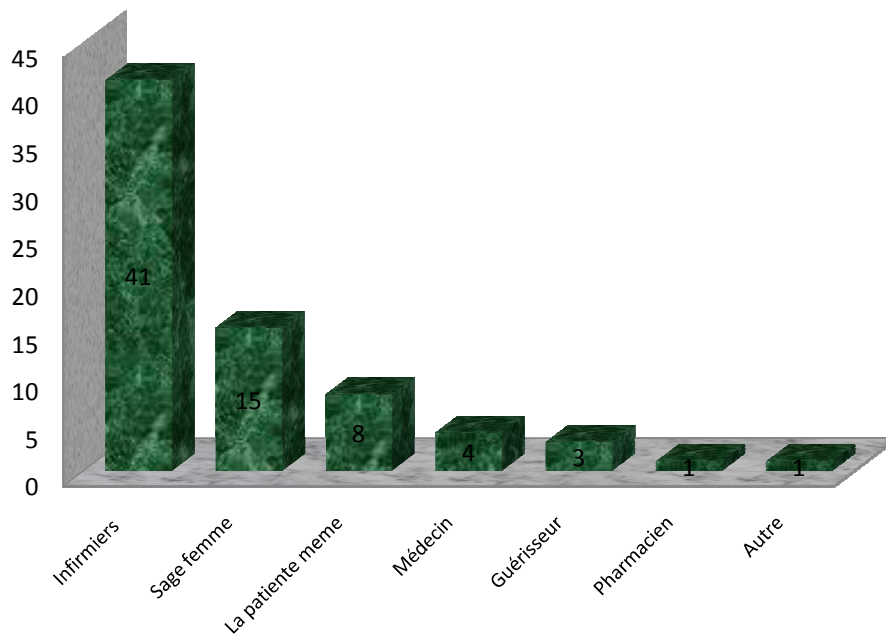
Lieu de l'avortement	Effectif	%
domicile du praticien	34	46,6
CSCOM	10	13,7
cabinet medical	10	13,7
Domicile de la patiente	6	8,2
Hôpital	5	6,8
maternité	4	5, 5
Clinique	4	5,5
Total	73	100,0

Le tableau révèle que l'acte abortif a été pratiqué le plus souvent au domicile du praticien dans la clandestinité 34 cas soit 46,6%.

Tableau V: Répartition des patientes selon l'initiateur de l'avortement

Initiateur de l'avortement	Effectif	%
Patiente seule	46	63
Patiente et son partenaire	19	26
Mère	8	11,0
Total	73	100,0

L'initiateur de l'avortement était la patiente seule dans 63%(n=46)



Graphique 3: Répartition des patientes selon la qualification de l'avorteur.

Autre: ne sait pas

Le personnel paramédical (infirmier) a été le plus souvent incriminé dans la pratique de l'avortement provoqué 41 cas, soit 56,2%.

Tableau VI: Répartition des patientes selon la méthode abortive utilisée.

Méthode abortive	Effectif	%
Sondage	30	41,1
Utilisation de produits pharmaceutiques	25	34,2
Curetage	10	13,7
Aspiration	4	5,5
Utilisation de produits traditionnels	4	5,5
Total	73	100,0

La méthode abortive la plus utilisée était le sondage utérin dans 30 cas, soit 41,1%

Tableau VII : Répartition des patientes selon le motif de l'avortement

Motif de l'avortement	Effectif	%
La honte	21	28,8
Grossesse non désirée	17	23,2
Pression familiale	14	19,2
Les études	8	11,0
Célibataire	6	8,2
Non reconnaissance de la paternité	5	6,8
Viol	1	1,4
Manque de moyens financiers	1	1,4
Total	73	100,0

Le motif d'avortement le plus retrouvé était la honte 21 cas, soit 28,8%

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la connaissance des complications des avortements provoqués

Connaissance des complications des avortements provoqués

	Effectif	%
Oui	39	53,4
Non	34	46,6
Total	73	100,0

Au cours de notre étude 53,4% de nos patientes connaissaient les incidents et les complications des avortements provoqués, soit 39 cas.

Tableau IX: Répartition des patientes selon les types de complications

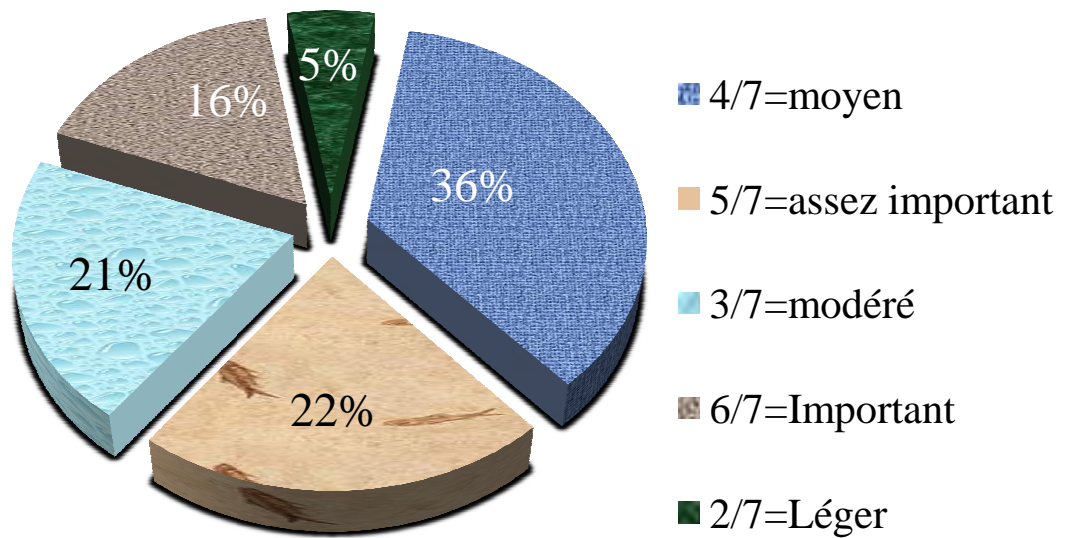
Complications	Effectif	%
Hémorragiques	50	68,5
Infectieuses	20	27,4
Intoxications médicamenteuses	3	4,1
Total	73	100,0

Le tableau révèle que les complications hémorragiques étaient les plus fréquentes 50 cas, soit 68,5%

Tableau X: Répartition des patientes selon l'incapacité temporaire totale de travail

Incapacité Temporaire Totale de travail(en jours)	Effectif	%
1-5	31	42,4
6-10	24	32,9
11-15	7	9,6
16-20	5	6,8
21-25	1	1,4
26-30	4	5,4
31-45	3	4,1
Total	73	100,0

Au cour de notre étude, 42,4% des patientes avaient une ITT comprise entre 1 à 5 jours (n=31).



Graphique 4: Répartition des patientes selon le quantum doloris ou souffrance endurée

Le quantum doloris ou souffrance endurée était moyen dans 35,6% des cas (n=26).

Tableau XI: Répartition des patientes selon le sentiment après l'avortement (préjudice moral)

Sentiment après l'avortement (préjudice moral)	Effectif	%
Soulagement	33	45,2
Regret	40	54,8
Total	73	100,0

Le tableau nous révèle que 40 femmes avaient un sentiment de regret après l'avortement provoqué soit 54,8%.

Tableau XII: Répartition des patientes selon leur avis sur la dépénalisation de l'avortement au Mali

Dépénalisation de l'avortement au Mali	Effectif	%
Oui	22	30,1
Non	51	69,9
Total	73	100,0

Le tableau nous révèle que 22 femmes étaient d'accord pour la dépénalisation de l'avortement au Mali soit 30,1%.

Tableau XIII: Relation entre le lieu et la qualification de l'avorteur

Qualification de l'avorteur	Lieu de l'avortement								Total							
	Hôpital		CSCOM		domicile du		cabinet									
	N	%	N	%	maternité	praticien	Clinique	médical		Autre						
Médecin	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	3	4,1	0	0,0	0	0,0	4	5,5
sage femme	1	1,4	8	11,0	2	2,7	3	4,1	0	0,0	1	1,4	0	0,0	15	20,5
infirmier	4	5,5	1	1,4	2	2,7	24	32,9	1	1,4	9	12,3	0	0,0	41	56,2
pharmacien	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
guérisseur	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,1
La patiente même	0	0,0	1	1,4	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	6	8,2	8	11,0
autre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4
Total	5	6,8	10	13,7	4	5,5	34	46,6	4	5,5	10	13,7	6	8,2	73	100,0

Khi-deux = 9,833 ; ddl = 1 ; P=0,002

Le tableau nous révèle que l'avortement provoqué a été plus pratiqué au domicile du praticien par les infirmiers 24 cas, soit 32,9%.

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la méthodes abortives et des complications

La méthode abortive utilisée	Complications							
	Hémorragiques				Intoxication médicamenteuses			
	Hémorragiques		Infectieuse		euses		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Curetage	7	9,6	3	4,1	0	,0	10	13,7
Sondage	18	24,7	11	15,1	1	1,4	30	41,1
Aspiration	3	4,1	1	1,4	0	0	4	5,5
Utilisation de produits traditionnels	1	1,4	3	4,1	0	0	4	5,5
Utilisation de produits pharmaceutiques	21	28,8	2	2,7	2	2,7	25	34,2
Total	50	68,5	20	27,4	3	4,1	73	100,0

Khi-deux=0,536 ,ddl=1 ,P=0,464

Les complications hémorragiques étaient liées à l'utilisation des produits pharmaceutiques dans 28,8% des cas (n=21), alors que les complications infectieuses étaient liées au sondage utérin dans 15,1% des cas (n=11).

Au cours de notre étude aucun décès n'a été enregistré.

COMMENTAIRES & DISCUSSION

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1 – Fréquence :

Du 1^{er} Juillet 2010 au 30 Décembre 2011, nous avons recensé 73 cas d'avortements provoqués soit une fréquence de 12,04 % de l'ensemble des avortements.

Le résultat comparable aux nôtres a été rapporté par Traoré A.K [17] en 2003 : 11,55 % d'avortements à risque.

- Certains auteurs rapportent des taux nettement différents du nôtre. En effet, Dembelé F.[18] en 1997 : 18,51 % d'avortements provoqués, Samaké A. [19] en 1998 : 19,73 % d'avortements à risque.
- D'autres auteurs tels que Sepou A. et Coll. [20] en 1997 en république Centrafricaine : 43,4% , Konaté M.[21] en 2003 : 52,73 % et TALL S.[1] en 2005 : 19,80%, ont rapporté des taux d'avortements provoqués largement supérieurs aux nôtres.

Ce taux de 12,04% doit être considéré comme inférieur à la réalité et ceci pour diverses raisons, entre autres:

- Seuls les cas compliqués d'avortements arrivent dans notre formation sanitaire.
- Les patientes reçues pour avortement cachent le caractère provoqué de l'acte.
- Les cas de décès hors des structures sanitaires liés aux avortements provoqués ne sont pas recensés dans notre étude. Il est à noter que dans aucune des études, les cas de décès hors des structures sanitaires n'ont été recensés.

2- Age :

La majorité de nos patientes étaient des adolescentes avec un âge compris entre 12 et 19 ans, soit 57,5%.

Ce résultat est supérieur à ceux de Nayama M et Coll. [22] en 2000 à Niamey qui trouvent que 25,16% des patientes dans leurs études ont un âge inférieur à 20 ans.

D'autres auteurs rapportent des taux inférieurs aux nôtres, ainsi Alihonou E et Coll. [23] à Cotonou, Hyjazi Y et Coll. [24] en Guinée ont trouvé respectivement que 44,8% et 30% des adolescentes ont pratiqué l'avortement provoqué.

La situation est différente en Afrique du sud où Larsen [25] a trouvé que la tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre 26 et 30 ans.

La prédisposition des jeunes et des adolescentes à l'avortement provoqué clandestin s'explique par le fait qu'il y a une dépravation des mœurs et la perte des valeurs morales traditionnelles dans nos pays. Ces jeunes se livrent, sans contrôle, à des rapports sexuels précoces avant 15 ans comme l'a montré Nguélébé E [26], ce qui naguère était proscrit dans toutes nos sociétés.

Elles peuvent s'expliquer également par une sous-information en matière de sexualité et de contraception, car pour les jeunes filles, la contraception est l'apanage des femmes mariées [19].

Une enquête réalisée à Bamako par SAMAKE.A a prouvé que 74,7 % des adolescentes étaient sexuellement actives et l'âge au premier rapport variait entre 10 à 18 ans [19].

3- Profession :

Notre étude a révélé que la pratique de l'avortement provoqué a été plus fréquente chez les élèves/étudiantes avec une fréquence de 49,3%

Des fréquences variables d'avortements chez les élèves et étudiantes sont rapportées par différents auteurs. Ainsi notre taux dans cette catégorie sociale est supérieur à ceux de Nayama M et Coll. [22] en 2000 à Niamey :37,08%, Gandzien P.C,Ekoundzola J.R [27]en 2002 à Brazzaville :25,4%, Traoré A.K.[17]en 2003 :37,3%, Dembélé F. [18] en 1997 :38,62% et inférieur à ceux de Konaté M.[21] en 2003 :58, 5%.

Le taux élevé d'avortements provoqués chez les élèves/étudiantes peut s'expliquer par la volonté de ce groupe de continuer les études, car la grossesse constituait au Mali une raison de renvoi scolaire, mais depuis le 1^{er} Février 1993, grâce à la lettre circulaire N 0034 de la direction nationale de l'enseignement fondamental, la grossesse au Mali n'est plus une cause de renvoi scolaire.

Il peut également s'expliquer par le désir de retarder les naissances jusqu'au mariage.

4-Niveau d'alphabétisation

Certaines études mettent en évidence l'incidence d'un taux de scolarisation élevé sur le risque de subir un avortement [17], Ainsi dans notre étude 21,9% avaient un niveau primaire, 26,0% avaient un niveau secondaire, 9,6% un niveau supérieur contre 38,4% d'analphabètes. Ceci confirme bien le fait que les analphabètes ne sont pas les seules exposées aux avortements provoqués mais bien au contraire, car 57,5% des patientes ont été scolarisées dans notre étude.

En effet l'absence de scolarisation est responsable d'une faible culture médicale et contribue à augmenter le taux d'avortements chez les femmes non scolarisées.

-Au Mali Konaté M. [21] a trouvé 75,41 % de patientes ayant un faible niveau scolaire avec 49% de niveau primaire. Cette tendance est observée également chez Traoré A.K. [17] qui a rapporté 27,6% de femmes de niveau primaire et 4,8 % de niveau supérieur.

D'autres auteurs dans la sous-région ont confirmé la même tendance, ainsi :

- Gandzien P.C, Ekoundzola J.R. [27] à Brazzaville ont trouvé dans leurs séries que 77,8% des patientes avaient fait des études secondaires,
- Gondo D et Coll. [28] à Abidjan ont trouvé que le niveau d'instruction des patientes était primaire dans 28%, secondaire dans 36%, supérieur dans 2% et 34% des patientes étaient sans niveau d'instruction.

Les motivations sont différentes selon le niveau de scolarisation.

5- Statut matrimonial :

De nombreuses études ont prouvé que les célibataires sont les plus exposées [21], [19], [17] comme dans notre série (61,6%).

Notre résultat est inférieur à ceux fournis par d'autres auteurs de la sous-région.

En effet, Gandzien P.C, Ekoundzola J.R. [27] à Brazzaville et Nayama M et Coll. [22] en 2000 à Niamey ont trouvé respectivement que 73% et 78,15% des patientes étaient célibataires.

Le célibat constitue un facteur de risque dans notre étude et ceci peut s'expliquer par la liberté sexuelle chez les célibataires dans nos pays associée au refus de la maternité par ces dernières.

Contrairement dans les pays arabes, selon Aldbeeb A S et Sami A [29],

l'avortement provoqué est surtout le fait des femmes mariées, alors que dans notre étude seulement 21,8% des femmes sont mariées. Notre taux est proche de celui de Traoré AK.[17], et de TALL S.[1] en 2005 qui ont été respectivement 18,5 % et 20%, mais deux fois supérieur à celui de Samaké A. 9,2 % [19].

6- Lieu de l'avortement :

Notre étude fait ressortir que 46,6% des avortements provoqués ont été pratiqués au domicile du praticien, par le personnel inexpérimenté ou n'ayant pas les compétences requises.

Dans ces conditions 76,7% des avortements sont pratiqués par le personnel paramédical (infirmiers et sages-femmes).

Ce résultat est nettement inférieur à ceux de Akpovi J et Coll. [31] à Cotonou qui trouvent que 86,44% des avortements provoqués ont eu lieu au domicile du praticien.

Ces taux sont contraires à ceux de TALL S[1] qui trouve que l'hôpital était le lieu le plus fréquent : 21,7% suivi du domicile du praticien à 16,1%.

Toutes les autres études retrouvent la prédominance de ce lieu :

-71,95% pour DEMBELE [18] en 1997 ;

-47,2% pour SAMAKE[19] en 1997-1998 ;

-et 56,60% pour KONATE M.[21] en 2001-2003 des avortements sont pratiqués au domicile du praticien.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la législation était restrictive en la matière pousse les jeunes filles à se trouver vers la clandestinité.

Dans l'étude de Traore A.K.[17]. Qui met un accent particulier sur l'HGT, il a noté que dans 14,2 % des cas l'avortement avait eu lieu dans l'enceinte de cet hôpital. Les patientes ayant placé leur confiance en cet hôpital se retrouvent entre les mains de paramédicaux exerçant dans de très mauvaises conditions de travail les exposant à des complications dramatiques. Elles ont le réflexe de rejoindre le lieu d'avortement en cas de complication.

Du fait de l'interdiction, elles approchent ce même personnel qui finira par les confier à un autre plus qualifié (médecins et étudiants).

7- Qualification de l'avorteur:

Les auteurs varient dans notre série, ainsi, l'avortement provoqué a été attribué dans 56,2% des cas aux infirmiers, 20,5 % aux sages-femmes ; 5,5% aux médecins, 11,0 % à la patiente elle-même.

Ce résultat est contraire à ceux de Gandzien P.C, Ekoundzola J.R et Coll. [27] en Brazzaville qui ont trouvé que la patiente elle-même est responsable de l'avortement provoqué dans 55,56% des cas suivis des infirmiers 28,57%.

De nombreuses études notent des taux élevés d'avortements effectués par les paramédicaux ; ainsi :

Akpovi J et Coll. [31] à Cotonou ont attribué l'avortement provoqué au personnel médical dans 69,49% dont 38,98% aux infirmiers

-TALL S[1] en 2005 a attribué l'avortement provoqué dans 1/3 des cas (30,6% aux infirmiers) ,17,2 % aux sages-femmes ; 10% aux médecins : 5 % à la patiente elle-même.

-Traoré A.K [17] a noté 60 ,6 % du personnel paramédical, 14% de médecins et étudiants ; 8% de tradithérapeutes .Dans 16 % des cas les femmes ont été elles même responsables de l'avortement provoqué.

-Konaté M.[21] en 2001-2003 a trouvé 41,97 % d'infirmiers, 11,99 % de sages-femmes ,2% de guérisseurs et dans 10% la patiente était elle même responsable de l'avortement .

-TSHBANGU K et Coll. [32] au Zaïre en 1984 ont rapporté 60% pour les paramédicaux et 15% pour les médecins.

- Dieng A et Coll.[33] en 1994 à Bamako ont estimé que les agents de santé sont responsables dans 28,91% et la malade elle-même dans 25,30% des cas.

Malgré la législation restrictive, les responsables sont connus mais restent impunis dans la majorité des cas .Ce phénomène s'explique par des complicités parentales ou lucratives du personnel sanitaire.

Un fait important est que les patientes, souvent, même en cas de complications dramatiques, refusent catégoriquement de dénoncer l'auteur du fait du secret qui les lie.

8-Motif de l'avortement :

Les raisons qui poussent les femmes à avorter sont liées les unes aux autres. En effet, la mauvaise réputation sociale liée à une naissance illégitime et à la naissance d'un enfant de père inconnu ainsi que le statut social de la femme jouent un rôle majeur dans la prise de décision de faire un avortement dans les sociétés Africaines [34].

Au cours de notre étude les principales raisons invoquées pour la pratique abortive étaient dominées par la honte à 28,8%, suivie de la grossesse non désirée (23,2%) et la pression familiale (19,2%).

Des études réalisées sur ce sujet en Afrique ont évoqué diverses raisons en effet :

- Gandzien P.C,Ekoundzola J.R [27] en Brazzaville ont trouvé dans leur étude que la raison la plus évoquée pour avorter était le refus du partenaire (25,4%) suivi de la grossesse non désirée (20,63%).

-Traoré A.K [17]en 2003 au Mali a retrouvé dans son étude comme raisons à pratiquer l'avortement provoqué, association grossesse non désirée, peur des critiques de l'entourage et crainte des parents (pour les adolescents et les célibataires) à 26,1% ces raisons représentent respectivement 10,4%, 11,2% et 15,7%.

- Sepou A. et Coll. [20] en 1997 en la république Centrafricaine ont trouvé que les raisons évoquées pour la pratique des avortements provoqués clandestins étaient surtout d'ordre économique (61,5%).

9- Méthodes abortives utilisées :

Le sondage utérin a été la méthode la plus utilisée dans notre étude avec 41,1 % suivi de l'utilisation de méthodes pharmacologiques (34,2 %), le curetage (13,7%) et de l'AMIU (5,5%).

Nous constatons que les méthodes utilisées varient d'une étude à l'autre et selon la technicité de l'auteur. Classiquement le curetage et l'AMIU sont réalisés par les médecins et les étudiants, le sondage par les infirmiers et les manœuvres, les méthodes pharmacologiques par les sages femmes et la patiente elle-même [1].

-Comparativement à notre étude en France Jean Sutter [35] lors d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne a trouvé que la méthode abortive la plus utilisée était le sondage utérin dans 59% des cas.

Au Mali certains auteurs ont rapporté les résultats suivants :

-TALL S[1] en 2005 a trouvé 29,4 % de curetage, 27,8 % d'utilisation de méthodes pharmacologiques et 26,7% de l'AMIU.

-Traoré A.K.[17]en 2003 a trouvé 45,4 % de curetage et 26,4 % de sondage utérin.

-Konaté M. [21]a trouvé 56,6 % de sondage utérin et 16,9% de curetage.

-Samaké A. [19]a trouvé 43,37 % de sondage utérin et 39,3 % de curetage.

Par contre d'autres auteurs de la sous région ont trouvé des résultats différents des nôtres :

- Nayama M et Coll. [22] en 2000 à Niamey ont trouvé 33,11% de branche d'arbre et autres tiges, 26,5% de prises médicamenteuses, 11,25% de sonde et de tubulure de perfusion.

- Gandzien P.C,Ekoundzola J.R. [27] à Brazzaville ont trouvé que le Cytotec a été utilisé par 21 patientes pour avorter soit 33,33%, suivi de curetage 20,63%.

- Gondo D et Coll. [28] trouvent 50% de moyens endo-utérins ou mécaniques (curettes et sonde métalliques),42% de produits chimiques modernes ou traditionnels.

Ces différences avec notre étude peuvent s'expliquer par l'expansion de l'utilisation de l'AMIU et du Misoprostol bien que ce médicament n'ait pas d'autorisation de mise sur le marché au Mali. Les paramédicaux apprenant auprès des spécialistes ont aussi assimilé les effets du Misoprostol et la pratique de l'AMIU. Ces méthodes sont dangereuses car pratiquées par un personnel non qualifié, avec du matériel non stérilisé, dans un climat hostile, dans des conditions et lieux inappropriés.

Dans notre étude 4 malades ont utilisé des méthodes traditionnelles soit 5,5% de la taille de l'échantillon.

10- Complications :

Les complications, qu'elles soient immédiates ou tardives, sont graves et nombreuses. La majorité des patientes n'étant pas revues après leur sortie dans notre structure, nous n'avons pu étudier que les complications immédiates et précoces. Ces complications peuvent être liées à la qualification insuffisante de l'auteur ou aux mauvaises conditions (elles mêmes dues à la clandestinité).

Dans notre étude, les complications hémorragiques ont été de loin les plus fréquentes concernant 68,5% des patientes, suivies des complications infectieuses 27,4% et des intoxications médicamenteuses 4,1%.

Au Mali certains auteurs rapportent des résultats similaires aux nôtres :

-TALL S [1] en 2005 a obtenue 71,1 % de complications hémorragiques, 23,9 % de complications infectieuses et 5% d'intoxications médicamenteuses.

- Traoré A.K. [17] a trouvé 74,6 % de complications hémorragiques et 11,2 % d'intoxications médicamenteuses.

Cette fréquence de l'hémorragie s'explique par le clivage utero-placentaire ouvrant le réseau vasculaire utero-placentaire.

Certains auteurs de la sous-région rapportent des résultats différents de ceux du Mali. Ainsi :

- Nayama M et Coll. [22] en 2000 à Niamey ont trouvé que les complications infectieuses étaient les plus fréquentes (46,36%), suivies de l'anémie (15,89%), des lésions cervicales (15,23%), et de complications hémorragiques (13,25%).
- Gandzien P.C, Ekoundzola J.R. [27] à Brazzaville ont obtenu 34,92% de complications infectieuses, et 30,16% de complications hémorragiques.

12-Incapacité Temporaire Totale de travail ou ITT(en jours) :

Elle correspond à la période de soins au cours de laquelle les patientes ne pouvaient pas exercer les métiers qui étaient les siennes avant l'avortement provoqué ou de mener une vie normale. Pendant la durée de cette période un arrêt de travail a été prescrit aux patientes.

Au cours de notre étude la période d'ITT la plus fréquente chez nos patientes était de un à cinq jours soit 42,4% suivie de six à dix jours 32,9% et de onze à quinze jours 9,6%.

13-Le quantum doloris ou souffrance endurée :

C'est une indemnisation qui tient compte de la gravité et des complications de l'avortement, des souffrances endurées par la femme, de la nature et de la gravité de la prise en charge médicale, des réactions individuelles des femmes.

Au cours de notre étude nous avons utilisé le code Cima pour coter le quantum doloris chez les patientes et il en résulte que 35,6% des patientes étaient cotées à 4/7=moyen, 21,9% (5/7=assez important), 20,5% (3/7=modéré), 16,4% (6/7=important), 5,5% (2/7=léger).

Le code Cima est une échelle qui permet de faire une estimation et une indemnisation médicale du quantum doloris=barème à 7 points.

Ceci s'expliquerait par le fait que les avortements provoqués se font toujours à vif et par le personnel inexpérimenté sans sécurité médicale.

Akpovi J et Coll. [31] à Cotonou sont du même avis, ils trouvent que plus de 3/4 de leurs patientes l'ont trouvé douloureux et plus de 1/3 l'ont qualifié de traumatisant.

Malgré ces souffrances endurées par les femmes, 33 femmes (45,2%) avaient un sentiment de soulagement contre 40 femmes (54,8%) qui avaient regretté d'avoir fait l'avortement provoqué.

Ces résultats sont comparable à ceux de Aussilloux M T S et Coll. [36] en France, où la majorité des femmes ont éprouvé un soulagement après l'interruption volontaire de la grossesse.

Plus de la moitié de notre population d'étude n'était pas d'accord pour la dépénalisation de l'avortement au Mali soit 51 femmes (69,9%) contre 22 femmes (30,1%) qui étaient d'accord pour la dépénalisation de l'avortement au Mali.

CONCLUSION & RECOMMANDATIONS

VIII-CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION :

« La femme peut, bien sûr, décider en toute liberté si elle veut avoir une vie sexuelle, mais par respect de sa personne elle doit exercer la maîtrise de son corps avant la conception, car une fois que l'enfant est conçu, même s'il est encore au stade de zygote, la décision d'éliminer ou de laisser vivre l'enfant n'appartient plus à la femme seule : elle concerne d'abord l'enfant, dont l'avis, et pour cause, ne peut pas être demandé. En effet si la femme a parfaitement le droit de disposer de son propre corps, l'enfant dispose lui aussi d'un droit absolu » [39].

L'avortement provoqué est un important problème de santé publique dans les pays comme le Mali où la législation en la matière est très restrictive.

Acte non médico-légal au Mali, généralement pratiqué par un personnel paramédical dans des conditions hostiles avec des moyens inappropriés, il peut être à l'origine des complications dramatiques chez la femme.

Malgré tout, plus de la moitié de nos patientes ont regretté après l'acte et sont contre la dépénalisation de l'avortement au Mali.

Ne doit-on pas permettre aux médecins spécialistes de gynécologie d'interrompre une grossesse sans nécessité médicale qui compromet la vie harmonieuse de la femme?

2-RECOMMANDATIONS :

Au vue de ces résultats, il s'avère nécessaire, voire obligatoire pour nous, de faire certaines recommandations clés en vue d'éviter ou de réduire au maximum le taux des avortements provoqués. Ces recommandations peuvent s'adresser à 4 niveaux.

1 – A la population :

- Eviter les grossesses non désirées par l'acceptation et l'utilisation correcte et appropriée des contraceptifs par les femmes en âge de procréer qui sont sexuellement actives.
- Un dialogue et une communication entre mères et filles surtout dans le cadre de la sexualité, ceci sous-entend une éviction des pressions, menaces, ou renvois de la famille en cas de grossesse non désirée obligeant les filles à se débarrasser de leur grossesse au risque de leur vie.
- Le retour à nos mœurs et coutumes qui, de nos jours sont presque méconnues.
- Dénoncer les avorteurs pour qu'ils soient punis conformément à la loi.

2- Aux autorités sanitaires :

- Intensifier l'éducation pour la santé (IECS : Information, Education et Communication pour la Santé) en mettant un accent particulier sur les cas des jeunes filles célibataires.
- Renforcer les services de planification en personnel qualifié et compétent.
- Organiser des conférences débats sur la santé de la reproduction dans les écoles voire dans les quartiers.
- Créer des services de prévention et de soins après avortement.

3-Aux autorités judiciaires :

- Punir comme prévu dans le code pénal du Mali les avortements provoqués.

4 – Au personnel socio-sanitaire :

- Sensibiliser les patientes sur l'existence et la disponibilité de méthodes contraceptives diverses et les dangers d'un avortement provoqué clandestin.
- Doublé de vigilance au niveau des services afin de démasquer les confrères qui s'adonnent aux avortements clandestins.
- Dénoncer aux autorités judiciaires tout agent pris en flagrant délit.

REFERENCES

IX-REFERENCES:

1-TALL S.

Les facteurs de risque de l'avortement provoqué

Thèse, Médecine, Bamako, 2005,n 117,67P

2-L'avortement à travers le monde

via internet : www.google.fr puis taper le mot clé avortement à travers le monde . [consulté le 10/02/2012 à 14H45]

3-VITRAULLE MBOUNGOU .

L'avortement clandestin en Afrique, Un drame silencieux qui tue 300 000 femmes tous les ans

www.afrik.com/article_9739.html [consulté le 20/01/2012 à 10H20]

4-Interruption volontaire de grossesse

www.doctissimo.fr/html/sante/mag...sa-3400-ivg-niv2.htm [consulté le 20/01/2012 à 10H40]

5-OMS

Complications des avortements : directives techniques et gestionnaires pour la prévention et le traitement.

OMS, Genève, 1997,168 ,99P

6-Merger R, Levy J, Melchior J.

Avortement provoqué clandestin.

Précis d'obstétrique 6è édition.

7-OMS.

Eléments essentiels des soins obstétricaux au premier niveau de recours.

OMS, Genève, 1992 ,24 ; 80P

8-Ipas, FCI, PPPF, Population Council.

Prévention et prise en charge des avortements à risque.

Guide d'action 1999

9- Les Faits: Lois relatives à l'Avortement à Travers le Monde

www.reproductiveright.org [consulté le 25/02/2012 à 19H38]

10-Emile H, Cheynier JM.

Les avortements préventifs

EMC, Paris, Obstet, 1973, 5106; A4-12

11-Keith L, Berger G S.

Avortement spontané ou provoqué et les risques d'immunisation contre le rhésus, contraception.

Fertil sexual, 1984, 323P n 10

12-OMS.

Prévention de la sensibilisation au rhésus.

rapport de réunion, 1971 ,486cas

13-Gorman J.

The role of laboratory in hemolytique disease of the new born

Lea, Febiger ,Ed Philadelphia, 1975,vol2,n6

14-Code pénal de la république du Mali

LOI N° 01-079 DU 20 AOUT 2001

15- Calcul de la taille de l'échantillon

http://www.ifad.org/hfs/tools/hfs/anthropometry/f/ant_3.htm [consulté le 19/01/2012 à 19H15]

16-.Mouillet E. Système numérique séquentiel de Vancouver

<http://www.isped.u-bordeaux2.fr/CDD/GUIDES/Appel%20Ref.pdf> [consulté le 19/01/2012 à 13H40]

17-Traoré AK.

Les avortements à risque au centre de santé de référence de la commune v de Bamako de Mai 2001 à Mai 2003 0 propos de 134 cas.

Thèse, Médecine, Bamako, 2004, n 8 ; 77p

18-Dembélé F.

Les avortements provoqués à l'HGT à propos de 149 cas.

These, Med, Bamako, 1997, n 41; 60P

19-Samaké.A.

Les avortements à risque au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas.

These, Med, Bamako, 2000, n 49; 107P

20- Sepou A, Ngbale R, Yanza M C, Domandè-Modanga Z, Nguembi E.
Analyse des avortements à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui
Medicine Tropical • 2004 • 64 • 1

21-Konaté M.

Interruption volontaire de grossesse (IVG) au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 106 cas.

Thèse, médecine, Bamako, 2003, 82P , n 94

22-Nayama M , Gallais A, Wage M, Idi N, Djibrill B, Lucotot J.P

Complications des avortements clandestins dans une maternité de référence du Niger étude rétrospective à propos de 151 cas.

Niamey-Niger, 1998-2000, volume 5 pages, 171-175

23 Alihonou E, Goufodji S, Capo-Chichi.

Mortalité et morbidité relative aux avortements provoqués.

4^{ème} congrès de la SAGO. Abidjan 9-13 Décembre 1998

24-Hyjazi Y, Barry TM, Dieng A, Toure B.

Déterminants socio-économiques des avortements provoqués chez les adolescents en Guinée (Conokry).

Journal de la SAGO 2000-vol.I.N1 :18-23

25- Larsen JV

- Induced abortion. *South Afr Med J* 1978 ; **53** : 853- 857.

26-Nguelebe.E

- Nuptialité et exposition au risque de grossesse.

-Enquête démographique et santé 1994/1995, R république Centra f r i c a i n e, 85-89.

27- Gandzien P.C,Ekoundzola J.R

Les avortements provoqués à l'hôpital base de Talangai, Brazzaville-Congo, 2002, volume 3 pages, 288-290

28- Gondo D, Abauleth R,Dagnan S,Beat S,Boni S,Bohoussou K

Le préjudice corporel et financier des avortements provoqués à propos de 300 cas colligés dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU de Cocody Abidjan-Cote d'Ivoire, 2000,volume 4 pages,77-80

29-Aldbeeb A S, Sami A.

Avortement et limitation des naissances en droit musulman et arabe.

Journal international de Bioéthique 1996 :7 :2002-211.

30-OMS.

La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence.

Rapport d'une réunion d'experts de l'OMS.

Série de rapports techniques, 1975 ,583 ;10P

31- Akpovi J., Ahyi fi. G., Laine M N, Alihonou E.

Aspects psycho-sociaux des avortements provoqués à propos de 669 cas recensés en milieu hospitalier à Cotonou

Le Bénin Médical No 6 bis - Année 1997,volume 5 pages,58-62

32-TSHIBANGU. K et COLL

Avortement clandestins, problème de santé publique à Kinshasa(Zaire).Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Edition Manson Paris 1984, volume 13 pages 759-763.

33-Dieng A.et COLL

Les avortements provoqués : Aspects socioculturels thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen Conakry Guinée

34-OMS.

L'avortement provoqué.

Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, 1978,11P

35-Résultats d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne

<http://www.jstor.org/stable/1523913> [consulté le 25/03/2012 à 13H50]

36-Aussilloux M T S, Nattage B, Beyrouth D

Mise en évidence des résistances à la contraception par l'entretien clinique dans les demandes d'IVG.

Contraception - Fertilité - Sexualité, 1982, 10 (a) 569571.

37-Baéta S, Adjahoto EO, Hodonou KAS, Agba K, Akpadza K.

Contraception et avortement provoqué en milieu africain.

Médecine d'Afrique noire 1999 ; 8/9 : 416-20.

38- Diallo FS, Traoré M, Diakité S et Coll

Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998. *Sante* 2000 ; **10** : 243-247.

39-Michael L., Kentish S.

Bébé au feu,de Ed.apostolat des éditions,1978,243 pages.(ISBN France :2-7122-0050-0) :50F ;ou Ed. Paulines (ISBN Canada :0-88840-469-7)

ANNEXES

X-ANNEXES :

FICHE SIGNALETIQUE

Nom :DIARRA

Cell : 79 43 13 11

Prénom : Amadou B

Email : amadoub-diarra@yahoo.fr

Année universitaire : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Profil médico-légal des avortements provoqués.

Lieu de dépôt de la thèse : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique, Médecine légale, Santé Publique

Résumé :

Il s'agit d'une étude transversale qui a été effectuée dans le service de Gynécologie Obstétrique du CSRéf.CI du district de Bamako du 1er Juillet 2010 au 31 janvier 2012 soit une période de 18 mois avec pour objectif d'étudier le profil médico-légal des avortements provoqués.

Cette étude a porté sur un échantillon de 73 cas d'avortements provoqués. Les avortements provoqués représentent 12,04% de l'ensemble des avortements.

La tranche d'âge la plus concernée est celle de 12 à 19 ans.

Les jeunes filles sans profession et les élèves et étudiantes sont les plus exposées.

Les célibataires sont les plus exposées mais aucun statut matrimonial n'est épargné.

Les avortements sont pratiqués généralement par le personnel paramédical : infirmiers ne possédant pas les compétences nécessaires et dans des conditions de clandestinité (à son domicile) exposant à des complications dramatiques.

Le sondage utérin a été la méthode abortive la plus utilisée.

Les complications hémorragiques sont les plus fréquentes et les plus redoutables.

Le motif le plus évoqué a été la honte suivie de grossesse non désirée.

L'ITT la plus longue était de un à cinq jours.

Toutes nos patientes l'ont qualifié douloureux et pour certain traumatisant.

Malgré tout plus de la moitié de nos patientes ont regretté après l'acte abortif et ne sont pas d'accord pour la dépénalisation de l'avortement au Mali.

Mots clés : avortement provoqué, profil médico-légal.

Form filling

Name = DIARRA

First name= Amadou Bintou

Academic year =2011-2012

City of defense = Bamako

Home country = Mali

Thesis title = Profile forensic induced abortions.

Place of submission of the thesis = Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry.

Focus Area = Obstetrics and Gynecology, Forensic Medicine, Public Health

This cross-sectional study was conducted in the department of Obstetrics Gynecology CSRéf.CI 1 July 2010 to January 31, 2012, a period of 18 months with the aim to study the profile of forensic abortions caused.

The study involved a sample of 73 cases of induced abortions. The induced abortions represent 12.04% of all abortions.

The age group most affected is the 12 to 19 years.

Girls without profession, pupils and students are most at risk.

Single people are most at risk but no marital status is spared.

Abortions are usually practiced by paramedics, nurses having not the necessary skills and under conditions of secrecy (at home) exponent of dramatic complications.

The survey was uterine abortion method most used.

Hemorrhagic complications are the most frequent and most formidable.

The reason most cited was the shame of an unwanted pregnancy followed.

The longer duration of absolute temporary incapacity was one to five days.

All our patient women have qualified it for painful and traumatic.

Nevertheless more than half of our patients expressed regret after abortion and

the act does not agree to the decriminalization of abortion in Mali.

Keywords= induced abortion, forensic profile.

FICHE D'ENQUETE

I-DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ADMINISTRATIVES

Q1 – Numéro de la fiche :.....

Q2 – Date :.....

Q3 – Age...../...../

1=<20 ans 2=20-34 ans 3=35-44 ans 4=>ou= 45 ans

Q4 – Profession...../...../

1=Fonctionnaire 2=Elève/Etudiante 3=Commerçante

4= Femme de foyer 5=Aide ménagère

Q5 – Statut matrimonial/...../

1 = Mariée 2 =Célibataire 3=Veuve 4=Divorcée

Q6 – Si mariée, régime matrimonial/...../

1= Monogamie 2=Polygamie

Q7-Niveau d’instruction :...../...../

1= Non alphabétisé 2= alphabétisé 3= primaire 4=secondaire 5=supérieur

II - INTERROGATOIRE

Q8-Où a eu lieu l’avortement ?..... |___|

1= hôpital 2= dispensaire 3= CSCOM 4= maternité

5= domicile du praticien 6= clinique 7= cabinet médical 8= autre

Q9- Qui a décidé cet avortement ?..... |___|

1= toi seul 2= ton ami 3= ton amie 4= ensemble

5= ton mari 6= mère 7= père 8= les deux 9= autre

Q10- Qui a effectué cet avortement ?.....|___|

1= médecin 2= sage femme 3= infirmier 4= pharmacien

5= membre de la famille 6= guérisseur 7= toi-même 8= autre

Q11- Quelle a été la méthode utilisée ?.....|___|

1= curetage 2= sondage 3= aspiration 4= utilisation de produits

Traditionnels 5= utilisation de produits pharmaceutiques

Q12- Qu'est-ce qui vous a poussé (raisons) à faire cet avortement ?...|___|

1=Grossesse indésirée 2= Célibataire 3= Manque de moyen financier

4= pression familiale 5= la honte 6= les études

7= viol 8= non reconnaissance de la paternité 9= non maîtrise de

la contraception 10 =autre

Q13- Connaissez-vous des incidents et complications des avortements

Provoqués|___|

1= oui 2= non

Q14- si oui, lesquelles.....|___|

1= Stérilité 2= mort subite 3= algie pelvienne chronique

4= Avortement spontané à répétition

5= ne sait pas 6= 1+2 7= 1+2+3 8= 1+ 2+3+4

III-EXAMEN DE LA MALADE

Q15 – Conjonctives...../...../

1 = Bien colorées 2 = Pâles

Q16 – TA...../...../

1= Elevée 2= Normale 3 = Effondrée

Q17– Fièvre...../...../

1 = Oui 2 = Non

Q18– Origine du saignement...../...../

1 = Exo cervicale 2 = Endocervicale

Q19- Etat du col...../...../

1= Lésions du col 2= Col délabré 3=Col dilaté 4= 1+3 5=2+3

Q20-Complications...../...../

1=Hémorragiques 2=Infectieuses 3=Intoxication médicamenteuses

IV-PRISE EN CHARGE

Q21-Réanimation/...../

1=Oui

2=Non

Q22-Médicale/...../

1=Antibiotique 2= Uterotonique 3= Transfusion 4=Antitétanique

5=antalgique 6=1+2 7=+2+4 8=1+2+3+4

9=1+2+4+4+5

Q23-Chirurgical :...../...../

1= Curage 2=Aspiration manuelle 3= Curetage 4= Laparotomie

Q24-Incapacité Temporaire Total de travail ou ITT (en jours).....

Q25-Le quantum doloris ou souffrance endurée...../...../

1/7=très léger 2/7=léger 3/7=modéré 4/7=moyen 5/7=assez important

6/7=important 7/7=très important

Q26-Qu'avez-vous ressenti après cet avortement?(Préjudice moral)...|____|

1= sentiment de soulagement

2=regret

Q27- Etes vous pour la légalisation de l'avortement au Mali|____|

1= oui

2= non

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure!!!